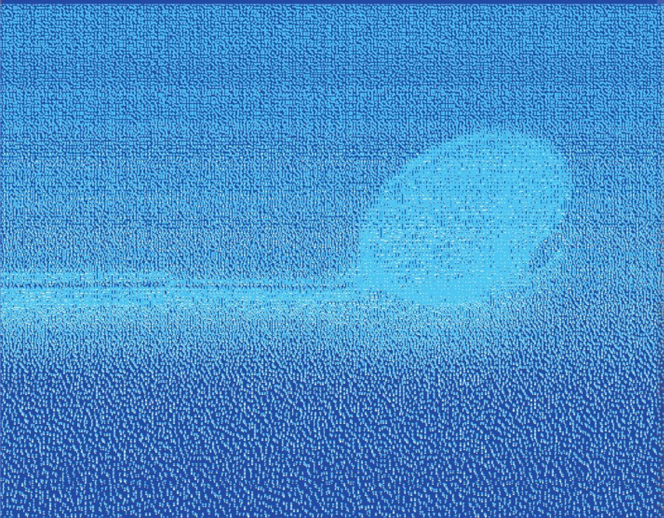




Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Zahnärzten

Honorarkürzungen vermeiden
Regresse abwehren

Springer

Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Zahnärzten

Beate Bahner

Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Zahnärzten

Honorarkürzungen vermeiden – Regresse abwehren

Unter Mitarbeit von
Simone Eberhard
Dr. med. Thomas Eberhard
(Kapitel 8: BEMA-Ziffern im Einzelnen)

Springer

Beate Bahner
Rechtsanwältin
Werderstraße 26
69120 Heidelberg
kanzlei@beatebahner.de
www.beatebahner.de

ISBN-10 3-540-23691-0 Springer Berlin Heidelberg New York
ISBN-13 978-3-540-23691-7 Springer Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Springer ist ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

Printed in Germany

Einbandgestaltung: de'blick, Berlin
Foto der Autorin auf Einbandrückenseite: Friederike Hentschel, Heidelberg
VG-Bildkunst Nr. 12 32 77 92

SPIN 11341499 64/3153-5 4 3 2 1 0 – Gedruckt auf säurefreiem Papier

Vorwort

Regresse und Honorarkürzungen als Dank für die zahnärztliche Behandlung der Patienten? Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist und bleibt ein Ärgernis für Zahnärzte und Ärzte! Gleichwohl muss auch nach der letzten Gesundheitsreform mit der Einleitung und Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gerechnet werden, möglicherweise sogar in noch verschärfter Weise. Denn der Gesetzgeber erhofft sich auch hier weiteres Einsparpotential und ist der Auffassung, dass gerade in diesem Bereich zu wenig getan worden sei. So sehr diese Ansicht realitätsfern scheint - die Wirtschaftlichkeitsprüfung bleibt für Zahnärzte auch in Zukunft ein „Damoklesschwert."

Das Buch beschreibt Voraussetzungen, Ablauf und Folgen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung anhand der aktuellen Gesetzgebung und höchstrichterlichen Rechtsprechung. Mein Ziel war es, die Wirtschaftlichkeitsprüfung gut verständlich und anhand der einzelnen BEMA-Ziffern praxisnah darzustellen und hierbei die eventuellen Angriffspunkte durch die Prüfgremien sowie die Reaktionsmöglichkeiten der Zahnärzte - in der gebotenen Sachlichkeit – aufzuzeigen. Eine sorgfältige individuelle Rechtsprüfung und anwaltliche Vertretung im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung kann dieses Buch freilich nicht ersetzen.

Aufgrund der durchweg positiven Reaktionen auf mein erstes Buch zum „Neuen Werberecht für Ärzte" wurde dessen Konzept und Darstellung beibehalten. Konstruktive Kritik oder Anregungen der Leserinnen und Leser sind ebenso willkommen wie die Übersendung entsprechender Entscheidungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung durch interessierte Gerichte, Anwälte oder Zahnärzte. So kann auch eine spätere Auflage aktuell und umfassend sein.

Mein besonderer und herzlicher Dank geht an meine geschätzte junge Kollegin, Rechtsanwältin Simone Eberhard, die mit ungewöhnlichem Einsatz das Kapitel 8 „BEMA-Abrechnungsziffern im Einzelnen" vorbereitet und maßgeblich bearbeitet hat. Sie hat sich mit dieser Tätigkeit auch für die wissenschaftlichen Projekte der Kanzlei als wertvolle Mitarbeiterin erwiesen. Ein großes Dankeschön auch an ihren Vater, Herrn Dr. Thomas Eberhard, der als erfahrener Zahnarzt und langjähriges Mitglied zahnärztlicher Prüfgremien bei der Vorbereitung und Darstellung der prüfrelevanten BEMA-Ziffern ebenfalls eine unentbehrliche Hilfe war und uns stets beratend zur Seite stand. Seiner Ehefrau danke ich dafür, dass sie mich nicht verwünscht, sondern ihre Familie während dieses Buchprojektes mit viel Nachsicht begleitet hat.

Widmen möchte ich dieses neue Buch meiner Mutter, die meinen Weg in die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit schon früh vertrauensvoll unterstützt hat, sowie meinem Vater, dem es wohl gefallen hätte, wenn er die letzten spannenden Jahre meiner Kanzlei noch hätte erleben dürfen.

Heidelberg im September 2005 Beate Bahner, Rechtsanwältin

Inhaltsübersicht

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Ä1	Beratung
a.A.	anderer Ansicht
a.a.O.	am angegebenen Ort
a.F.	alte Fassung
abl.	ablehnend
Abr.-Best.	Abrechnungsbestimmungen (zum BEMA)
Abs.	Absatz
Anm.	Anmerkung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARB 75	Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung
Art.	Artikel
Arzt/Ärzte	Ärztin, Zahnärztin, Arzt und Zahnarzt (jeweils auch im Plural)[1]
Ärzte-ZV	Ärzte-Zulassungsverordnung
ArztR	ArztRecht (Zeitschrift)
AU	Arbeitsunfähigkeit
Aufl.	Auflage
AusR	Arzt und sein Recht (Zeitschrift)
Az	Aktenzeichen
BA	Beschwerdeausschuss
Bad.-Württ.	Baden-Württemberg
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
Bd.	Band
BEMA-Z	Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
Ber	Beratung
Beschl.	Beschluss
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMÄ	Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen
bMF	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen
BMJ	Bundesjustizministerium
BMV-Z	Bundesmantelvertrag-Zahnärzte
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungssammlung des Bundessozialgerichts
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungssammlung Bundesverfassungsgericht
bzw.	beziehungsweise
chirurg.	chirurgisch
Cp	Indirekte Überkappung
d.	des/der

[1] Zur besseren Lesbarkeit hat sich die Autorin entschieden, auf die traditionell maskuline Bezeichnung „Arzt/Zahnarzt“, bzw. „Ärzte/Zahnärzte“ zurückzugreifen. Hierfür werden die Leserinnen um Verständnis gebeten.

d.h.	das heißt
ders.	derselbe
dies.	dieselbe
DVBl	Deutsches Verwaltungsblatt (Zeitschrift)
EBM-Ä	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen
EKr	Entfernen einer Krone
EKV-Z	Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte
einschl.	einschließlich
Entsch.	Entscheidung
evtl.	eventuell
Exz1	Exzision
Exz2	Exzision von Schleimhautwucherungen
f.	folgende
F1	Füllung, einflächig
F1ZE	einflächige Aufbaufüllung
F2	Füllung, zweiflächig
F2ZE	zwei- und mehr als zweiflächige Aufbaufüllung
F3	Füllung, dreiflächig
F4	Füllung, mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich
ff.	fortfolgende
Fn	Fußnote
gem.	gemäß
GesR	GesundheitsRecht (Zeitschrift)
GG	Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland
ggf.	gegebenenfalls
GKG	Gerichtskostengesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
h.M.	herrschende Meinung
Hk-SGG	Handkommentar Sozialgerichtsgesetz (*Binder/Bolay* u.a., vgl. Lit.-Verz.)
Hrsg.	Herausgeber
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
I	Infiltrationsanästhesie
i.d.F.	in der Fassung
i.d.R.	in der Regel
i.S.d.	im Sinne des
i.V.m.	in Verbindung mit
IKK	Innungskrankenkasse
IPa	Infiltrationsanästhesie bei Par-Behandlung
Kap.	Kapitel
KassKomm	Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht (vgl. Lit.-Verz.)
KCH	konservierend-chirurgisch
KK	Krankenkasse
KO	Kieferorthopädie (Behandlungsplan)
kons.	konservierend
krit.	kritisch

KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
L1 / L2	Leitungsanästhesie
L1ZE	Leitungsanästhesie bei Zahnersatz-Behandlung
L1Pa	Leitungsanästhesie bei Par-Behandlung
Lit.-Verz.	Literaturverzeichnis
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LPK SGB V	Lehr- und Praxiskommentar zum SGB V (*Kruse/Hänlein*, vgl. Lit.-Verz.)
LSG	Landessozialgericht
m.w.Anm.	mit weiteren Anmerkungen
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
Med	Medikamentöse Einlage
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg
Mu	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen
M-WBO	Musterweiterbildungsordnung
N	Nachbehandlung
Nbl1 / Nbl2	Stillen einer übermäßigen Blutung
n.F.	neue Fassung
Nds.	Niedersachsen
NJW	Neue Juristische Wochenschrift (Zeitschrift)
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
o.ä.	oder ähnliches
Ohn	Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps
OLG	Oberlandesgericht
oM	offensichtliches Missverhältnis
OPG	Orthopantomogramm
Ost1	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie
P	Direkte Überkappung
PA	Prüfungsausschuss
Par	Parodontose
PEA	Prothetik-Einigungsausschuss
PV	Prüfvereinbarung
Rhl.-Pf.	Rheinland-Pfalz
RID	Rechtsprechungsinformationsdienst der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht
Rn.	Randnummer
Rö2	Röntgendiagnostik der Zähne bis 2 Aufnahmen
Rö5	Röntgendiagnostik der Zähne bis 5 Aufnahmen
Rö8	Röntgendiagnostik der Zähne bis 8 Aufnahmen
Rspr.	Rechtsprechung
RVG	Rechtsanwaltsvergütungsgesetz
RVO	Reichsversicherungsordnung
s	Streuung / Sigma
S.	Seite
s.	siehe
s.o.	siehe oben

Schl.-Holst.	Schleswig-Holstein
SG	Sozialgericht
SGB I	Sozialgesetzbuch 1. Buch (Allgemeiner Teil)
SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch (Gsetzliche Krankenversicherung)
SGB X	Sozialgesetzbuch 10. Buch (Verwaltungsverfahren)
SGb	Sozialgerichtsbarkeit (Zeitschrift)
SGG	Sozialgerichtsgesetz
sK	Beseitigung scharfer Zahnkanten
SozR	Sozialrecht (Entscheidungssammlung, bearbeitet von Richtern des Bundessozialgerichts)
St	Stiftverankerung
st. Rspr.	ständige Rechtsprechung
Stat	Status bei mehr als 8 Aufnahmen
StGB	Strafgesetzbuch
str.	streitig
syst.	systematisch
Trep1	Trepanation
U	Eingehende Untersuchung
u.	und
u.a.	und andere / unter anderem
u.U.	unter Umständen
Urt.	Urteil
usw.	und so weiter
üZ	Behandlung überempfindlicher Zähne
Verf.	Verfasserin
vgl.	vergleiche
ViPr	Sensibilitätsprüfung der Zähne
VitE	Vitalexstirpation
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
WBO	Weiterbildungsordnung
WF	Wurzelkanalfüllung
WiPrüfVO	Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung
WK	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems
WKR	Die Wirtschaftlichkeit der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Versorgung in der Rechtsprechung (*Raddatz*, vgl. Litverz.)
www	world wide web
X1	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes
X2	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes
X3	Entfernung eines tieffrakturierten Zahnes
XN	Chirurgische Wundrevision
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zahnersatz
z.T.	zum Teil
ZfS	Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung
ZMGR	Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht
Zst	Entfernen harter Zahnbeläge
Zu	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde

1 Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung

1.1. Einleitung

Die **Wirtschaftlichkeitsprüfung** ist ein **Kontrollverfahren** und seit mehr als 50 Jahren wesentlicher Bestandteil im System der gesetzlichen Krankenversicherung.[2] Die Vertragszahnärzte[3] werden daraufhin überprüft, ob ihre medizinischen Behandlungen tatsächlich notwendig und somit wirtschaftlich waren. Diese Überprüfung erfolgt zeitlich erst nach der Behandlung, oftmals sogar erst viele Quartale später. Das Ergebnis ist oftmals eine **Honorarkürzung** (die unter Umständen sogar die Existenz des Zahnarztes oder zumindest dessen Liquidität bedrohen kann), weil die zahnärztliche Behandlungsweise angeblich unwirtschaftlich war.[4]

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung existiert seit 50 Jahren.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung war und bleibt daher sowohl für Zahnärzte als auch für Ärzte ein jahrzehntelanges **Reizthema**:

- bereits das Prüfverfahren scheint eine Kränkung,
- die Aufforderung zur Mitwirkung eine Zumutung,
- die Kürzung schließlich eine inakzeptable Fehlentscheidung.

... so die häufig festzustellende Reaktion der betroffenen Zahnärzte und Ärzte, die zwar verständlich, allerdings keinesfalls immer berechtigt ist. Denn die Zahnärzte und Ärzte haben sich mit ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugleich verpflichtet, ihren Patienten zu Lasten der Krankenkassen nicht etwa die beste und teuerste medizinische Versorgung, sondern lediglich eine **notwendige** und damit **wirtschaftliche Versorgung** zu gewähren.

Sind diese **Kriterien** allerdings von den Zahnärzten **beachtet** worden, **kann** die zahnärztliche Behandlung auch **nicht** als „unwirtschaftlich" **kritisiert werden**.

---

[2] Kurz: GKV, gesetzlich normiert im Sozialgesetzbuch V, im folgenden SGB V.

[3] Dies sind Zahnärzte mit ausdrücklicher Zulassung zur Behandlung der gesetzlich krankenversicherten Patienten (früher auch „Kassenärzte"), vgl. hierzu Kap. 1.3.1, S. 7 ff. Die privaten Krankenversicherungen kennen das System der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht. Die privatzahnärztliche Behandlung unterliegt daher nicht der in diesem Buch beschriebenen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

[4] Die erste Entscheidung des BSG datiert aus dem Jahr 1959 und betraf die Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Zahnarztes aus dem Ersatzkassenbereich in den Jahren 1951 bis 1953. In diesem Urteil legte das BSG bereits maßgebliche Grundsätze zur Wirtschaftlichkeitsprüfung fest, die bis heute weitgehend Gültigkeit beanspruchen können, vgl. BSG, Urt. v. 27.11.1959 – 6 RKa 4/58 -.

Die gesetzlich versicherten (Kassen-)Patienten ihrerseits haben ebenfalls nur einen Anspruch darauf, medizinische Behandlungen im notwendigen und ausreichenden Umfang zu erhalten. Auf eine **optimale Versorgung** besteht **kein Anspruch**.[5]

Patienten haben keinen Anspruch auf beste und teuerste zahnärztliche Versorgung.

Dieses so genannte Wirtschaftlichkeitsgebot muss von allen am System Beteiligten akzeptiert und realisiert werden – also auch von den Vertragszahnärzten, die als so genannte Leistungserbringer[6] befugt sind, gesetzlich krankenversicherte Patienten zu behandeln: Denn das **Wirtschaftlichkeitsgebot** stellt eines der **tragenden Prinzipien** im System der solidarisch ausgestalteten gesetzlichen Krankenversicherung dar.[7]

1.2. Medizinische Behandlung in der GKV

1.2.1. Prinzip der Solidarversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gehört zu den klassischen Zweigen der **Sozialversicherung**.[8] Diese dient insgesamt der sozialen Sicherung und dem sozialen Ausgleich, namentlich dem **Schutz** der sozialen Existenz vor den **Wechselfällen des Lebens**.[9] Der Gesetzgeber hat die gesetzliche Krankenversicherung als **Solidargemeinschaft** ausgestaltet.[10]

Solidargemeinschaft bedeutet das Zusammenstehen aller Versicherten für den Fall der Krankheit Einzelner.

Das **Solidaritätsprinzip** verpflichtet die in der Versichertengemeinschaft (Solidargemeinschaft) zusammengeschlossenen wirtschaftlich Leistungsfähigen, für die wirtschaftlich Schwächeren (mit) einzustehen. Es bewirkt somit eine interper-

---

[5] *Fastabend*, NZS 2002, S. 299 ff.; BSG, Urt. v. 16.06.1999 – B 1 KR 4/98 -. Allerdings rechtfertigte das Bundessozialgericht die zweijährige Vorbereitungszeit auf die kassenzahnärztliche Tätigkeit u.a. damit, dass das kassenärztliche System eine „optimale Versorgung gewährleisten soll“, vgl. BSG, Urt. v. 18.05.1989 – 6 RKa 6/88 -.

[6] Vgl. hierzu Kap. 1.3.1, S. 7 ff.

[7] Vgl. hierzu eingehend Kap. 2, S. 17 ff.

[8] Vgl. zu Begriff, Umfang und zur Entwicklung der Sozialversicherung auch BVerfG, Urt. v. 10.05.1960 – 1 BvR 190 u.a. -.

[9] BVerfG, Beschl. v. 31.10.1984 - 1 BvR 35, 356, 794/82 -; BVerfG, Beschl. v. 27.05.1970 – 1 BvL 22/63 und 27/64 –.

[10] § 1 S. 1 SGB V i.V.m. § 3 SGB V; vgl. zum Solidaritätsprinzip ausführlich *Quaas/Zuck*, S. 47, Rn. 78 ff. m.w.N.; vgl. auch *Schnapp*, ZMGR 2005, S. 6 ff.

sonelle **Umverteilung**.[11] Die **gesetzliche Krankenversicherung** war und ist hierbei gedacht als **staatliche Absicherung** zur Bewältigung der wirtschaftlichen Folgen von **Krankheiten**.[12] Seit Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich die gesetzliche Krankenversicherung von einer Arbeiterversicherung für nur wenige tausend Beschäftigte[13] zu einer echten Volksversicherung, die heute mehr als 90 % der Bevölkerung in Deutschland umfasst.[14]

Mehr als 90 % der Bevölkerung in Deutschland sind gesetzlich krankenversichert.

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind die **gesetzlichen Krankenkassen** als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.[15] Diese unterhalten derzeit insgesamt 323 selbstständige gesetzliche Krankenkassen.[16] Insbesondere **Arbeiter** und **Angestellte**[17] sind kraft Gesetzes **verpflichtet**, bei einer dieser gesetzlichen Krankenkassen versichert zu sein – sie haben keine andere Wahl, wenn nicht die engen Voraussetzungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht vorliegen.[18]

---

[11] *Spellbrink*, S. 46, Rn. 3.

[12] Sie hat ihren Ursprung in der von Bismarck initiierten „Kaiserlichen Botschaft" vom 17.11.1881 und führte sodann zum „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter" vom 15.06.1883; vgl. zur Geschichte der GKV die Nachweise in Fn. 39.

[13] Angestellte waren damals nur bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 2.000,- Reichsmark jährlich versichert.

[14] Welche unterschiedlichen Gesichter die Krankenversicherung gehabt hat, zeigt sich allein in ihrer Namensgebung: Zunächst wurde sie als „Arbeiterversicherung", später als „Reichsversicherung", dann als „soziale Krankenversicherung" und heute als „gesetzliche Krankenversicherung" bezeichnet. Vgl. zum Charakter und zur Bedeutung der entsprechenden Bezeichnungen weiter *Herles/Quasdorf*, S. 10.

[15] Es existieren sieben unterschiedliche Kassenarten: Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), Betriebskrankenkasse (BKK), Innungskrankenkasse (IKK), die Seekrankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen, § 4 Abs. 2 SGB V.

[16] Davon 17 Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), 258 Betriebskrankenkassen (BKK), 23 Innungskrankenkassen (IKK), 10 Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK), 5 Arbeiterersatzkassen (AEK), 7 Angestelltenersatz-Krankenkassen, 1 Seekrankenkasse und die Bundesknappschaftskasse (Stand 31.12.2003).
Zu Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 gab es in Deutschland rund 35.000 einzelne Krankenkassen. Im Jahre 1999 gab es noch 900 selbstständige Krankenkassen, vgl. *KBV:* Die vertragsärztliche Versorgung im Überblick, S. 88.

[17] Aber auch beispielsweise Landwirte, Künstler, Studenten, Auszubildende, Arbeitslose oder behinderte Menschen nach näherer Maßgabe des § 5 SGB V.

[18] Etwa bei Überschreitung der Bemessungsgrenze von 45.594,05 € (bzw. 41.034,64 €) Jahreseinkommen (Stand 2004), vgl. §§ 5-8 SGB V. Auch Freiberufler, Unternehmer und weitere Selbstständige sind keine Zwangsmitglieder in der GKV.

1.2.2. Beitragspflicht und Versicherungsleistungen

Die Leistungen und Ausgaben der Krankenkassen werden durch **Beiträge** finanziert.[19] Dazu entrichten die **Mitglieder** und die **Arbeitgeber je zur Hälfte** Beiträge, die sich in der Regel nach dem beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder richten und einen bestimmten Prozentsatz des Gehaltes bzw. des Lohnes betragen.[20] **Maßgeblich** für die Höhe des individuellen Beitrages in die gesetzliche Krankenversicherung ist damit ausschließlich die Höhe des monatlichen **Einkommens**.

Im Gegenzug dazu haben die gesetzlich Versicherten (alle denselben) **Anspruch auf medizinische Leistungen** zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung, zur Früherkennung und zur Behandlung von Krankheiten.[21]

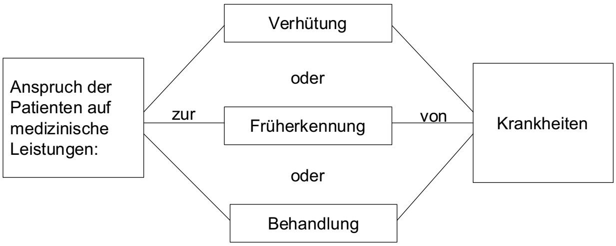


Abbildung 1

1.2.3. Anspruch auf zahnärztliche Behandlung

Der Anspruch auf medizinische Behandlung umfasst nach dem Gesetzeswortlaut ausdrücklich auch die **zahnärztliche Behandlung**.[22] Behandlungsmethoden der besonderen Therapierichtungen sind hierbei nicht ausgeschlossen.[23] Versicherte haben ferner Anspruch auf Versorgung mit **Zahnersatz**. Der Zahnersatz umfasst

---

[19] § 3 S. 1 SGB V; vgl. hierzu auch *Hänlein*, in LPK-SGB V, § 3.

[20] Dies gilt auch bei freiwilliger Versicherung (§ 240 SGB V). Die Beitragsätze variieren zwischen den Krankenkassen. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben, vgl. § 3 S. 2 u. 3 SGB V.

[21] § 11 SGB V. Vgl. zu den Leistungsansprüchen der Patienten ausführlich *Fastabend/Schneider*, S. 69 ff.

[22] Vgl. hierzu auch *Ziegner*, VSSR 2003, S. 191 ff. und *Fastabend/Schneider*, S. 111 ff. Zur geschichtlichen Entwicklung der zahnärztlichen Behandlung im Rahmen der GKV vgl. *Quaas/Zuck*, S. 641, Rn. 37 ff. und *Muschallik*, S. 467, Rn. 2. Vgl. zu den wirtschaftlichen Rahmendaten der zahnärztlichen Versorgung KZBV Jahrbuch 2004.

[23] § 2 Abs. 1 S. 2 SGB V; vgl. hierzu auch *Zuck*, NJW 1991, S. 2933 ff. sowie Kap. 3.2.1, S. 35 ff.

Zahnkronen und Brücken bzw. Kombinationsversorgungen, dies allerdings nur eingeschränkt.[24] Gesetzlich versicherte Patienten unter 18 Jahren haben schließlich Anspruch auf **kieferorthopädische Versorgung** in medizinisch indizierten Fällen.[25]

1.2.4. Ausschluss bestimmter Leistungen

Der Leistungsanspruch der Patienten gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse auf Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit umfasst zahnärztliche Behandlungen allerdings nur, soweit diese Leistungen nicht von vornherein **aus dem Leistungskatalog** der gesetzlichen Krankenversicherung **ausgeschlossen** sind.[26]

So gehören beispielsweise **funktionsanalytische** und **funktionstherapeutische** Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden.[27] Grundsätzlich gehören auch **Implantate** und **implantologische Leistungen** nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.[28] Auch kieferorthopädische Behandlungen von volljährigen Patienten sind vom Leistungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung nicht umfasst.[29] Diese Leistungen unterliegen der **Eigenverantwortung** der Versicherten.[30]

1.2.5. Leistungsbegrenzung durch Festzuschüsse

Zum Bereich der Eigenverantwortung sind auch die **Zuzahlungsregelungen** und die **Festbetragsregelungen** zu rechnen. Die Krankenkassen erfüllen ihre Leistungspflicht in diesen Fällen durch die Leistung des jeweiligen Festbetrages.[31] Seit

---

24 Vgl. hierzu Kap. 1.2.5, S. 5.

25 § 28 Abs. 2 SGB V.

26 § 2 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 12 SGB V.

27 § 28 Abs. 2 S. 8 SGB V.

28 Eine Ausnahme gilt für seltene Indikationen in besonders schweren Fällen, in denen die Krankenkasse implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung erbringen darf. Diese Ausnahme-Indikationen sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen, § 28 Abs. 2 S. 9 SGB V.

29 § 28 Abs. 2 S. 5 SGB V. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

30 § 2 Abs. 1, S. 1 SGB V; vgl. hierzu auch *Kruse*, in LPK-SGB V, § 2 und *Schnapp*, ZMGR 2005, S. 6 ff.

31 § 12 Abs. 2 SGB V. Diese Bestimmung beschränkt die Leistungspflicht der Krankenkassen auf den Festbetrag für diejenigen Fälle, in denen nach §§ 35 und 36 für Arznei-,

der Gesundheitsreform 2004 (GMG) unterliegt auch die Versorgung mit **Zahnersatz** einer Festbetragsregelung.[32] Danach besteht nunmehr in den Fällen, in denen eine Versorgung mit **Zahnersatz notwendig** ist, ein Anspruch auf **befundbezogene Festzuschüsse**, sofern die geplante Versorgung einer anerkannten Behandlungsmethode entspricht.[33]

Diese Festzuschüsse betragen **50 %** der vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die jeweilige **Regelversorgung** festgesetzten Beträge.[34] Nur bei **nachgewiesener Zahnpflege** leisten die Krankenkassen höhere Zuzahlungen als dies grundsätzlich festgelegt ist.[35]

Verbands- und Hilfsmittel Festbeträge festgesetzt worden sind (vgl. hierzu auch §§ 28, 29 SGB V). Dasselbe gilt für den Zahnersatz gem. § 55 SGB V.

32 Das GMG vom 14. November 2003 (vgl. BGBl. Teil I v. 19.11.2003, Nr. 55, S. 2190 ff.) hatte zunächst die vollständige Streichung des Anspruchs auf Zahnersatz und eine private Versicherungspflicht für Zahnersatz vorgesehen (vgl. zur Verfassungsmäßigkeit einer entsprechenden Ausgliederung der Zahnersatzleistungen auch *Sodan*, NZS 2003, S. 393 ff.). Dieses Vorhaben wurde allerdings wieder rückgängig gemacht. Die Versorgung mit Zahnersatz bleibt Teil des Leistungskatalogs der GKV. Allerdings müssen die Versicherten seit 01.07.2005 für den Zahnersatz einen Sonderbeitrag von 0,4 % bezahlen. Dieser wird zusammen mit dem Zusatzbeitrag von 0,5 % von jedem Mitglied (nicht jedoch anteilig vom Arbeitgeber) erhoben. Zugleich wurde der Beitragssatz um 0,9 % gesenkt, so dass für die Arbeitgeber (und Bundesagentur für Arbeit) eine Entlastung von 0,45 % eintritt. Gesetzlich versicherte Patienten haben seit 01.01.2005 Anspruch auf so genannte Festzuschüsse zum Zahnersatz, vgl. hierzu auch *Tiemann*, ZMG, 2005, S. 14 ff.

33 § 55 Abs. 1 i.V.m. § 87 Abs. 1 a SGB V. Die Patienten können unter mehreren anerkannten Methoden für den Zahnersatz wählen, ohne den Zuschuss der Kassen zu gefährden, vgl. § 28 Abs. 2 SGB V.

34 § 55 Abs. 1 S. 2 SGB V.

35 Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich, je nach Wahrnehmung der Kontrolltermine, diese Festzuschüsse um bis zu 30 %, vgl. § 55 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB V. Zum Anspruch auf vollständige Übernahme der Regelleistungsversorgung bei Zahnersatz, vgl. § 55 Abs. 2 SGB V.

1.3. Das Sachleistungsprinzip in der GKV

1.3.1. Medizinische Versorgung durch Leistungserbringer

Die Krankenkassen stellen die **medizinischen Leistungen** typischerweise nicht selbst zur Verfügung – etwa durch ihre eigenen Kliniken und dort angestellte Ärzte. Vielmehr übertragen sie die Aufgabe, für ihre Versicherten medizinische Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten zu erbringen, auf so genannte **Leistungserbringer**. Leistungserbringer sind Ärzte, **Zahnärzte**, Psychotherapeuten, Apotheken und „sonstige" Leistungserbringer.[36]

Zahnärzte sind allerdings nicht bereits mit ihrer Approbation berechtigt, am System der gesetzlichen Krankenversicherung zu partizipieren und gesetzlich versicherte Patienten zu behandeln. Sie bedürfen vielmehr einer **besonderen** vertragsärztlichen **Zulassung** durch so genannte Zulassungsausschüsse.[37] Sie werden dann als „Vertragszahnarzt" (früher Kassenzahnarzt)[38] bzw. als „Leistungserbringer" bezeichnet.[39]

Zahnärzte bedürfen zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten einer besonderen vertragsärztlichen Zulassung.

---

36 § 69 Abs. 1 SGB V. Vgl. zur rechtlichen Stellung des Vertragsarztes als Leistungserbringer *Wigge*, in Schnapp/Wigge, S. 27, Rn. 18 ff.

37 Entweder im Wege der Zulassung, sofern sämtliche persönlichen und fachlichen Voraussetzungen erfüllt sind, oder durch Nachbesetzung, falls ein Planungsbereich wegen Überversorgung für Neuzulassungen gesperrt ist. Die Voraussetzungen für eine vertragsärztliche Zulassung sind geregelt in §§ 95 ff. SGB V i.V.m. der Ärzte-ZV und der Bedarfsplanungsrichtlinie.

38 Der Begriff des Kassenarztes wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 durch den Begriff „Vertragsarzt" ersetzt. Dieser Begriff sollte verdeutlichen, dass die frühere Unterscheidung in Kassenärzte (für alle Versicherten der Primär- oder so genannten RVO-Kassen) und in Vertragsärzte (für die Versicherten der Ersatzkassen) entfallen ist. Damals war die Wirtschaftlichkeit der Behandlung der Ersatzkassenpatienten von Prüfungs- und Beschwerdekommissionen überprüft worden, die bis zum Gesundheitsreformgesetz (GRG 1988) lediglich mit Ärztevertretern besetzt waren. Das besondere Prüfwesen im Ersatzkassenbereich wurde im Jahr 1992 abgeschafft. Seither gibt es nur noch gemeinsame Prüfvereinbarungen und gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse und wird die Wirtschaftlichkeit für alle Kassenpatienten aller Krankenkassen einheitlich festgestellt.

39 § 72 Abs. 1 SGB V. Die hiermit verbundenen Rechte und Pflichten werden als Vertragsarztrecht (bzw. früher als Kassenarztrecht) bezeichnet. Vgl. zur geschichtlichen Entwicklung des Kassenarztrechts ausführlich *Krauskopf*, in Laufs/Uhlenbruck, S. 212 ff.; *Quaas/Zuck*, S. 88 ff.; *Schnapp*, in Schnapp/Wigge, S. 1 ff.

Die Vertragszahnärzte sind organisiert in der **Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung (KZV)**.[40] Die KZV ist gegenüber den Krankenkassen verpflichtet, die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen und den hiermit verbundenen **Sicherstellungsauftrag** zu erfüllen. Die **Leistungserbringer** und **Krankenkassen wirken** zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung insoweit durch„**gemeinsame Selbstverwaltung**" **zusammen**.[41]

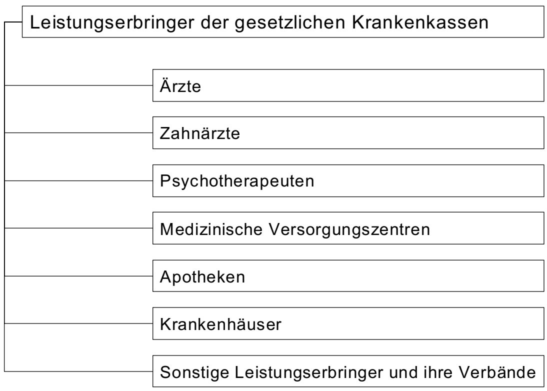


Abbildung 2

1.3.2. Anspruch auf Sach- und Dienstleistungen

Die Patienten haben gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse einen Anspruch darauf, die (zahn-)medizinischen Leistungen als so genannte **Sach- oder Dienstleistungen** zu erhalten.[42] Denn das **deutsche System** der gesetzlichen Krankenversicherung ist vom **Sachleistungsprinzip** geprägt.[43] Dies bedeutet, dass die Krankenkassen ihren versicherten Mitgliedern die medizinischen Leistungen und

---

[40] Es gibt nach den Änderungen durch das GMG in jedem Bundesland eine KZV, in Nordrhein-Westfalen 2 KZVen, insgesamt 17 (früher 23). Vgl. zur Organisation und zu den Aufgaben der KV bzw. KZV eingehend *Krauskopf*, in Laufs, S. 233 ff.; *Quaas/Zuck*, S. 362 ff.

[41] § 72 Abs. 1 SGB V. Der Umfang des Sicherstellungsauftrages ergibt sich aus § 73 Abs. 2 SGB V. Vgl. hierzu ausführlich *Schiller*, S. 97 ff. und *Quaas/Zuck*, S. 362 ff.; vgl. zur damit verbundenen Normsetzungsbefugnis auch *Engelmann*, NZS 2000, S. 1 ff. Vgl. zu den Basisdaten der vertragsärztlichen Versorgung *KZBV Jahrbuch 2004*.

[42] § 2 Abs. 2 S. 1 SGB V.

[43] Das Sachleistungsprinzip stellt ein grundsätzliches Strukturelement im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung dar, vgl. *Quaas/Zuck*, S. 145 ff m.w.N.

die ärztlichen Dienstleistungen unmittelbar „**in Natur**“ zur Verfügung stellen müssen.

Die Patienten sind also **nicht verpflichtet**, die medizinischen Leistungen und Güter auf dem Markt selbst zu beschaffen und **vorzufinanzieren**. Auch die Vereinbarung über Leistungen und Preise (und damit der eigentliche Marktprozess) erfolgt zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern und nicht durch die Versicherten.[44] Die Pflicht zur Verschaffung dieser medizinischen Leistungen obliegt vielmehr den Krankenkassen selbst. Darin besteht auch der wesentliche **Unterschied** zwischen dem **gesetzlichen** und dem **privaten Krankenversicherungssystem**.[45]

Die medizinische Versorgung erfolgt durch Sach- und Dienstleistungen.

Die Pflicht der Krankenkassen zur Leistungserbringung „in Natur“ und die Einbindung der Leistungserbringer in diese Aufgabe ist dabei nicht bloßer Selbstzweck. Sie hat vielmehr zum einen den **Schutz der Versicherten** vor mangelnder medizinischer Versorgung infolge der damit eintretenden **finanziellen Belastung** des einzelnen zum Ziel; zum anderen dient das Sachleistungsprinzip der Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung, indem auch die - das System finanzierenden - Krankenkassen **Einfluss** auf die Ausgestaltung des Inhalts und der Vergütung der medizinischen Leistungen **nehmen**.[46]

1.3.3. Konkretisierung des Leistungsanspruchs durch die Zahnärzte

Das Bundessozialgericht bezeichnet den **Sachleistungsanspruch** der Versicherten als eine Art "**Rahmenrecht**", welches von den Vertrags(zahn)ärzten **konkretisiert** wird.[47] Diese bestimmen die im konkreten Behandlungsfall **notwendigen diagnostischen** und **therapeutischen Maßnahmen** und müssen ihre Entscheidung – jedenfalls im Verhältnis zum Versicherten – gegen sich gelten lassen.[48] Die **Vertragsärzte** werden auch als „Beliehene“ bezeichnet, die ihren Patienten den

---

[44] Vgl. *Kluth*, MedR 2005, S. 65. Die Versicherten wirken auf Markt und Wettbewerb nur dadurch ein, dass sie zwischen den verschiedenen zugelassenen Leistungserbringern frei wählen können.

[45] Allerdings ist gerade die zahnmedizinische Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen durch Elemente der privaten Krankenversicherung geprägt, insbesondere beim Zahnersatz und bei Behandlungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen.

[46] BSG, Urt. v. 14.03.2001 – B 6 KA 54/00 -; vgl. hierzu auch *Engelmann*, NZS 2000, S. 1 ff.; *Quaas/Zuck*, S. 145 ff. m.w.N. Vgl. zur Vergütung der zahnärztlichen Leistungen Kap. 1.4, S. 13 ff.

[47] Vgl. dazu weiter *Steege*, S. 517 ff. m.w.N.

[48] *Fastabend*, NZS 2002, S. 299 ff.

Anspruch auf Sachleistungen durch persönliche Erbringung der (zahn)ärztlichen Leistungen oder durch Ausstellen eines Kassenrezepts **bewilligen**.[49]

Vertragszahnärzte bewilligen und erbringen die medizinischen Leistungen im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Therapieentscheidung des (Zahn)Arztes ist hierbei das Ergebnis eines **komplexen Abwägungsvorgangs**, bei dem neben dem eigentlichen Krankheitsgeschehen andere Faktoren wie Vorerkrankungen, Allgemeinzustand, Alter, Intelligenz, Psyche und familiäres Umfeld des Patienten, Krankheitseinsicht, Motivation und Fähigkeit zur Mitwirkung bei der Therapie eine Rolle spielen können. Ferner sind die persönlichen Verhältnisse und die angemessenen Wünsche des Versicherten zu berücksichtigen.[50]

Die Therapieentscheidung ist das Ergebnis einer komplexen Abwägung.

1.3.4. Bindung der Krankenkasse an die Therapieentscheidung

Diagnostiziert der Zahnarzt in Wahrnehmung seiner vertragszahnärztlichen Pflichten eine Krankheit und hat er nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften eine Dienst- oder Sachleistung erbracht oder verordnet, darf die Kasse diese dem Versicherten gegenüber nicht versagen, etwa mit der Begründung, die Diagnose sei falsch oder die verordnete Leistung sei medizinisch nicht notwendig.[51]

Denn die „Bewilligung" des Zahnarztes **bindet** die **Krankenkasse gegenüber** dem **Versicherten** und konkretisiert so dessen Leistungsanspruch auf medizinische Versorgung.[52] Die **nachfolgende Abbildung** veranschaulicht das **komplexe System** der medizinisch-vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung:

[49] BSG, Urt. v. 16.12.1993 – 4 RK 5/92 -; vgl. kritisch hierzu *Neumann*, S. 298, Rn. 17 ff. und *Weiß*, NZS 2005, S. 67 ff.

[50] So zutreffend *Steege*, S. 517 ff.

[51] *Plagemann*, S. 502, Rn. 16.

[52] BSG, Urt. v. 17.01.1996 – 3 RK 26/94 -; BSG, Urt. v. 16.12.1993 - 4 RK 5/92 -. Etwas anderes gilt jedoch im Bereich der Kieferorthopädie und des Zahnersatzes. Dort sind die geplanten Leistungen vorab durch die Krankenkasse zu genehmigen; vgl. hierzu auch Kap. 3.9.4, S. 65 ff.

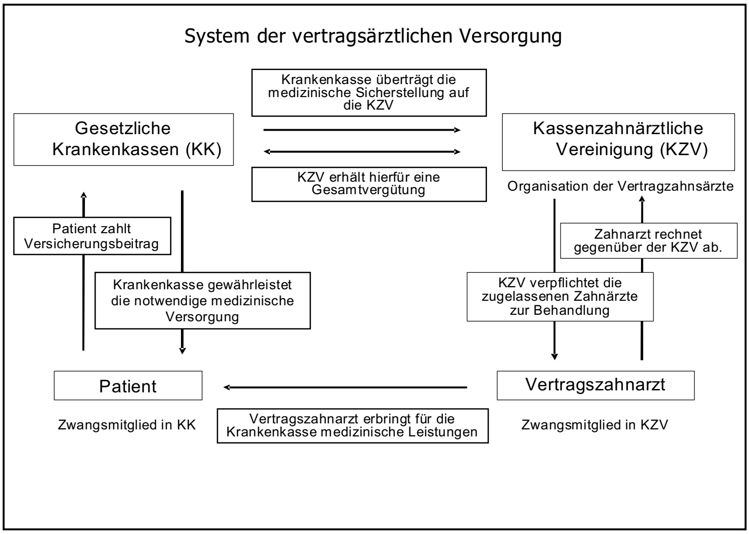


Abbildung 3

1.3.5. Leistungsbegrenzung durch Wirtschaftlichkeitsgebot

Der Zahnarzt muss allerdings bei seiner Leistungserbringung den – meist auf Richtlinien basierenden - **medizinischen Standard**,[53] etwaige weitere Vorgaben der Gesamtverträge sowie insbesondere das **Wirtschaftlichkeitsgebot** beachten.[54] Denn der Anspruch der Patienten auf zahnärztliche Behandlung, wie er vom Zahnarzt aufgrund seiner Therapieentscheidung konkretisiert wird, ist durch den Gesetzgeber insoweit begrenzt, als die konkrete Durchführung der Behandlung das **Maß des Notwendigen nicht überschreiten** darf.[55]

Auch die zahnmedizinische Versorgung zur **Verhütung**, **Früherkennung** und Behandlung von **Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten** darf nach dem ausdrücklichen Gesetzeswortlaut nur **ausreichend** und **zweckmäßig** sein.[56]

---

53 Vgl. hierzu Kap. 3.1.3, S. 34 ff.

54 BSG, Urt. v. 16.12.1993 - 4 RK 5/92 -; BSG, Urt. v. 16.09.1997 – 1 RK 28/95 -. Zum Wirtschaftlichkeitsgebot vgl. ausführlich Kap. 2, S. 17 ff.

55 „Der Versicherte hat Anspruch auf die Krankenbehandlung, die notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“, vgl. § 27 Abs. 1 SGB V.

56 § 73 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. § 28 Abs. 2 S. 1 SGB V.

Die Erbringung medizinischer Leistungen
unterliegt dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Zahnärzte und Ärzte als Leistungserbringer einerseits und die Krankenkassen andererseits haben darauf zu achten, dass die **Leistungen wirksam** und **wirtschaftlich** erbracht bzw. nur im **notwendigen Umfang** in Anspruch genommen werden.[57]

Die Erbringung und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unterliegt also dem so genannten „**Wirtschaftlichkeitsgebot**".[58] Nur in diesem Leistungsrahmen dürfen Zahnärzte und Ärzte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen tätig werden - nur in diesem Umfang haben die versicherten Patienten überhaupt einen Behandlungsanspruch gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenversicherung.[59] So dürfen beispielsweise **Zahnfüllungen** nur **ausreichend** und **zweckmäßig** sein, eine darüber hinausgehende Versorgung ist von den Patienten selbst zu tragen.[60]

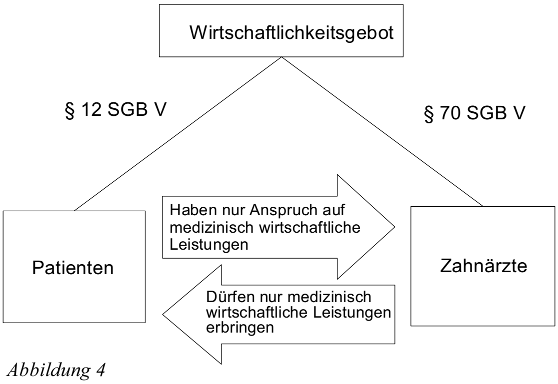


Abbildung 4

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit ist zu **rechtfertigen** aus dem **Sachleistungsprinzip** und der **Krankenversicherungspflicht** in der GKV. Die versicherungs-

---

57 § 2 Abs. 4 SGB V.

58 § 12 SGB V; vgl. hierzu ausführlich Kap. 2, S. 17 ff.

59 Diese Beschränkung ist auch verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden und stellt als vertragszahnärztliche Verpflichtung eine zulässige Berufsausübungsregelung dar, wie das Bundesverfassungsgericht hinsichtlich der Fülltätigkeit eines Zahnarztes im Seitenzahnbereich entschieden hat, vgl. BVerfG, Urt. v. 29.05.1978 – 1 BvR 951/77 -; vgl. hierzu auch Kap. 2.4, S. 27 ff.

60 § 28 Abs. 2 S. 1 und 2 SGB V. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. Für diese aufwendigere Versorgung ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten zu treffen, § 28 Abs. 2 S. 3 und 4 SGB V.

pflichtigen Mitglieder dürfen nur Sachleistungen in Anspruch nehmen. Da es aber das Ziel der GKV ist, in Krankheitsfällen **ausreichende Hilfe** zu gewähren, dürfen die Versicherten mit ihrer Beitragspflicht auch nur zur **Bezahlung** der **notwendigen und ausreichenden** Hilfeleistung in Anspruch genommen werden. Dies gilt insbesondere wegen des **Grundsatzes der Solidarität** für die jeweils nicht betroffenen Mitglieder.[61] So ist also das Wirtschaftlichkeitsgebot eine **logische** und **zwingende Folge** der in die Krankenversicherungspflicht eingebundenen **Solidargemeinschaft**.[62]

1.4. Vergütung der zahnärztlichen Leistungen

1.4.1. Der Honoraranspruch des Zahnarztes

Der Vertragszahnarzt hat einen **Anspruch auf Honorierung** seiner zahnärztlichen Leistungen. Dieser Anspruch besteht gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die von den Krankenkassen zur Honorierung der zahnärztlichen Leistungen eine so genannte „Gesamtvergütung“ erhalten hat.[63]

Grundlage für die Vergütung ist hierbei der **Einheitliche Bewertungsmaßstab** für vertragszahnärztliche Leistungen (**BEMA-Z**).[64] Allerdings sind die Leistungen nicht nach Euro-Beträgen, sondern nach Punkten bewertet. Der jeweilige Punktwert, der Grundlage für die Auszahlung ist, kann hierbei variieren, je nachdem, wie hoch einerseits die von den Krankenkassen an die KZV bezahlte Gesamtvergütung ausfällt und wie hoch andererseits der von allen Vertragszahnärzten eines KZV-Bereiches angeforderte Punktbedarf insgesamt ist. Gleichzeitig ist die vom einzelnen Zahnarzt insgesamt abrechnungsfähigen Punktmenge ebenfalls begrenzt in der Weise, dass sich der Punktwert ab Überschreitung einer gewissen Gesamtpunktmenge reduziert („**degressiver Punktwert**“).[65]

Der **bezifferbare Honoraranspruch** des Zahnarztes steht also im Zeitpunkt der Abrechnung durch den Zahnarzt noch **nicht fest**. Der Zahnarzt kann daher auf den

---

61 Vgl. hierzu bereits zuvor Kap. 1.2.1, S. 2.

62 *Krauskopf*, § 106 SGB V, Rn. 13.

63 Vgl. hierzu § 85 SGB V sowie Abbildung 3, S. 11.

64 Es handelt sich um eine vertragliche Vereinbarung zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die in so genannten Bewertungssausschüssen gemeinsam über die Bewertung bzw. Vergütung der einzelnen zahnärztlichen Leistungen entscheiden, vgl. § 87 Abs. 1, Abs. 2 d SGB V. Vgl. zum BEMA-Z auch Liebold/Raff/Wissing sowie *Scheuffler/Greil*, in Rieger, Nr. 1565. Vgl. zu den BEMA-Ziffern im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausführlich Kap. 8, S. 155 ff.

65 § 85 Abs. 4 b-f SGB V. Vgl. hierzu näher und zugleich kritisch *Muschallik*, S. 475, Rn. 23 ff. Vgl. zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit unter Berücksichtigung der Berufsfreiheit nach Art. 12 GG auch BSG, Urt. v. 8./9.12.2004 – B 6 KA 44/03 u.a. -.

Bestand eines Honorarbescheides, der vor der endgültigen Prüfung auf Rechtmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erteilt wurde, nicht vertrauen.[66] Der endgültige Honoraranspruch entsteht erst nach Durchführung der **Abrechnungsprüfung** (sachliche Überprüfung durch die KZV), nach Verteilung des Honorars aufgrund des so genannten Honorarverteilungsmaßstabs, nach eventuellen Kürzungen durch die Degression des Punktwerts und schließlich nach eventueller Durchführung einer **Wirtschaftlichkeitsprüfung** durch den Prüfungsausschuss.[67]

1.4.2. Fehlende Anreize zur Leistungsbeschränkung

Aufgrund der **Struktur der Rechtsbeziehungen** im Krankenversicherungsrecht[68] fehlten bislang sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Vertragszahnärzte echte Anreize zu wirtschaftlichem Handeln im Sinne einer sparsamen Mittelverwendung.[69] Für den versicherten **Patienten** ist die Angelegenheit durch Vorlage seiner **Chipkarte** mit der Behandlung erledigt. Mit den Kosten der Behandlung hat er nichts zu tun.[70]

Insbesondere bleibt sein **Versicherungsbeitrag** - gleichgültig, wie viele Leistungen und zu welchem Preis er diese in Anspruch nimmt - **stets gleich**, da sich die Höhe seines Versicherungsbeitrages nach dem Einkommen richtet und nicht nach der Menge konsumierter Gesundheitsleistungen.[71] Im Übrigen **erkennt** der **Patient** aufgrund des Sachleistungsprinzips den **konkreten wirtschaftlichen Wert** der (zahn)ärztlichen Leistungen **nicht**.[72] Insbesondere dadurch wird die Wert-

---

66 BSG, Urt. v. 12.12.2001 – B 6 KA 3/01 R -.

67 BSG, Urt. v. 12.12.2001 – B 6 KA 3/01 R -. Daher enthalten die Honorarbescheide typischerweise einen entsprechenden Vorbehalt der sachlich-rechnerischen Richtigstellung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Zuvor kann der Zahnarzt auch nicht in die Aufrechterhaltung vorläufiger Abrechnungsbescheide vertrauen. Vgl. allgemein zur komplizierten Honorargestaltung im Vertragsarztrecht und zum Erlass des Honorarbescheids *Steinhilper*, in Schnapp/Wigge, S. 353 ff., 379 ff. sowie *Quaas/Zuck*, beide jedoch nur in Bezug auf die Vergütung der Ärzte, nicht der Zahnärzte.

68 Vgl. hierzu auch Abbildung 3, S. 11.

69 So auch *Spellbrink*, S. 71, Rn. 73.

70 Vgl. hierzu weiter *Steege*, S. 517 ff. Anders ist dies freilich im Bereich des Zahnersatzes (vgl. hierzu Kap. 1.2.5, S. 5 ff.) sowie im Bereich der von den Vertragszahnärzten zunehmend angebotenen „Individuellen Gesundheitsleistungen" (sog. IGEL-Leistungen), die privat zu bezahlen sind.

71 Vgl. auch *Spellbrink*, S. 49, Rn. 12. Erst die seit der Gesundheitsreform vom 01.01.2004 vorgesehenen Möglichkeiten der Krankenkassen, Bonusregelungen und Beitragsrückerstattungen anzubieten, könnte insoweit das Kostenbewusstsein der gesetzlich versicherten Patienten auch im medizinischen Bereich stärken.

72 Etwas anderes gilt allerdings gerade im zahnärztlichen Bereich für die kieferorthopädischen und prothetischen Behandlungen, da die Behandlung auf einem vorherigen Heil-

schätzung der erbrachten Leistung ebenso erschwert wie die Einbeziehung der Versicherten in die Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.[73]

Das Sachleistungsprinzip beschränkt wirtschaftliches Denken und Verhalten.

Der **behandelnde Zahnarzt** wird demgegenüber sein Verhalten nach den Erfordernissen eines „Unternehmens“ und zugleich nach den Wünschen der Patienten ausrichten. Denn als selbstständig tätiger, niedergelassener Arzt erhält er sein Einkommen nicht durch eine feste – angestelltenähnliche – Vergütung, vielmehr richtet sich seine Vergütung nach der Anzahl der Patienten und der hierbei erbrachten zahnärztlichen Leistungen.[74]

Da dem einzelnen Zahnarzt selbst die Befugnis zukommt, Auswahl, Zusammenstellung und Häufigkeit der ärztlichen Leistungen sowie Verordnungen zu Lasten der Kassen zu bestimmen,[75] besitzen die **Krankenkassen** aufgrund des **Sachleistungsprinzips** jedenfalls gegenüber dem Versicherten – abgesehen von Ausnahmen im zahnärztlichen Bereich – nur **wenig Möglichkeiten der Leistungseinschränkung**.

1.5. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung als Korrektiv

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung hat daher insbesondere die Aufgabe, dieser systembedingten Situation als Korrektiv entgegen zu wirken. Ziel der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist hierbei maßgeblich die **Überwachung** der Zahnärzteschaft auf **Einhaltung** des **Wirtschaftlichkeitsgebotes** bei der Erbringung zahnärztlicher Leistungen.[76] So war es stets auch ein Hauptanliegen der verschiedenen **Gesundheitsreformen**, dass die **Leistungserbringer**, die im gesundheitlichen Versorgungssystem eine „Schlüsselstellung“ einnehmen, strikt in der Wirtschaftlichkeit

---

und Kostenplan beruht und Patienten in diesen Fällen selbst (Zu)Zahlungen leisten müssen.

[73] So zutreffend *Kluth*, MedR 2005, S. 65 ff.

[74] So ist es fast schon logisch, dass eine Vermehrung der Arztzulassungen nicht wie in anderen freien Berufen zunächst zu einer Verringerung des Verdienstes führte, sondern zu einer Vermehrung der Leistungen pro Patient. Denn eine Vielzahl ärztlicher Leistungen ist in gewissem Umfang vermehrbar, vgl. hierzu Kap. 3.9.1, S. 62 ff. Gemeint ist damit eine Leistungsausweitung, die nicht mit einer steigenden Patientenzahl oder mit schwereren Erkrankungen erklärbar ist, mithin vom Wirtschaftlichkeitsgebot nicht gedeckt, vgl. *Hesral*, S. 13, Rn. 41. Allein die seit 1993 eingeführte „Degression des Punktwertes“ und die 1999 etablierten verschiedenen Budgetierungsmaßnahmen der Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen konnten eine Mengendämpfung erreichen.

[75] Vgl. hierzu Kap. 1.3.3, S. 9 ff.

[76] Vgl. hierzu Kap. 2, S. 17 ff.

ihrer Behandlungsweise überwacht werden.[77] Unwirtschaftlichkeiten im Behandlungs- und Verordnungsverhalten sollen beim einzelnen Arzt und Zahnarzt gegebenenfalls aufgespürt und abgeschöpft werden.

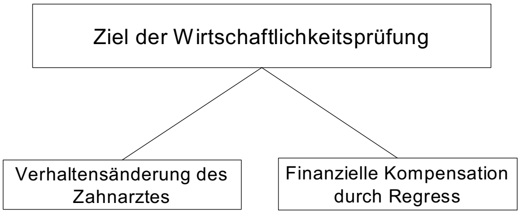


Abbildung 5

Als **Ersatz** für die **fehlende Marktregulierung** bezweckt die Wirtschaftlichkeitsprüfung primär eine **Verhaltensänderung** des (Zahn)Arztes, verursacht durch eine nachträgliche Kürzung des Honorars oder einen Regress für unwirtschaftlich verordnete Arzneimittel.[78] Erst in zweiter Linie zielt die Prüfmaßnahme auf eine **finanzielle Kompensation** zugunsten von Ärzteschaft oder Krankenkasse. Bei zunehmendem Umfang der Unwirtschaftlichkeit verschiebt sich das Gewicht jedoch zunehmend auf den finanziellen Ausgleich.[79]

Mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird die
Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes überwacht.

---

77 Vgl. hierzu etwa BSG, Urt. v. 06.09.2000 – B 6 KA 46/99 – m.w.N.

78 Ebenso *Quaas/Zuck*, S. 418, Rn. 3, die von einem „edukatorischen Effekt" sprechen: Schon der Umstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung als solcher, dazu aber auch eine konkrete Prüfung, die zu spezifischen Beanstandungen führe, habe zur Folge, dem Vertragsarzt ständig ins Bewusstsein zu rufen, dass er in ein öffentlich-rechtliches Leistungssystem eingebunden sei, dessen Funktionsfähigkeit ganz wesentlich von seinen Leistungen abhänge. Erst recht werde aber der Vertragsarzt zur Erfüllung seiner Pflichten angehalten, wenn die Wirtschaftlichkeitsprüfung Mängel in der vertragsärztlichen Leistung zu Tage fördere.

79 *Hesral*, S. 14, Rn. 42 ff. mit Darlegung der Schwierigkeiten der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der auftretenden Effizienzprobleme. Mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung soll ferner eine gewisse Transparenz gewährleistet werden: Denn das Sachleistungsprinzip führt dazu, dass die Versicherten im Regelfall nicht erkennen, welche Kosten die Leistungserbringung verursacht. Noch weniger sind sie in der Lage, die Notwendigkeit, die Effektivität und die Qualität der Leistungserbringung zu beurteilen. Zumindest für die Krankenkassen und die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen werden durch die Wirtschaftlichkeitsprüfung nun alle diese Merkmale offen gelegt. Damit wird zumindest eine partielle Transparenz erreicht, so *Quaas/Zuck*, S. 418, Rn. 3.

2 Das Wirtschaftlichkeitsgebot

2.1. Grundlagen

Der **Zahnarzt bestimmt** nach entsprechender Aufklärung und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten **Art und Umfang** der **Behandlungsmaßnahmen**.[80] Er hat hierbei auf eine zweckmäßige Verwendung der von der Gemeinschaft aufgebrachten Mittel der Krankenversicherung zu achten. Das Maß des **medizinisch Notwendigen** darf nicht überschritten werden. Die diagnostischen Maßnahmen und die zahnärztliche Therapie haben dem **Gebot der Wirtschaftlichkeit** zu entsprechen.[81]

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist ein wesentliches Prinzip
der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Gesetzgeber hat den **Begriff des Wirtschaftlichkeitsgebotes** im Gesetz anhand verschiedener Kriterien konkretisiert: Danach müssen die Leistungen **ausreichend**, **zweckmäßig** und **wirtschaftlich** sein; sie dürfen das Maß des **Notwendigen** nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.[82] Das Wirtschaftlichkeitsgebot muss also die **Brücke** schlagen zwischen der - auf die Gesundheit des einzelnen Menschen ausgerichteten - **Individualmedizin** und den **finanziellen Grenzen** der gesetzlichen Krankenkassen. Es gewährleistet daher einerseits den **notwendigen Leistungsstandard**, **verhindert** aber auch **Leistungen im Übermaß**.



Abbildung 6

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein;
sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

---

[80] Vgl. hierzu bereits Kap. 1.3.3, S. 9 ff.
[81] A.4. der Behandlungsrichtlinien; vgl. hierzu auch Kap. 3.1.3, S. 34 ff.
[82] §§ 12, 70 Abs. 1 S. 2 SGB V.

2.2. Kriterien des Wirtschaftlichkeitsgebotes

2.2.1. Zweckmäßigkeit der Leistungen

Unter den vier Kriterien des Wirtschaftlichkeitsgebotes erscheint das Kriterium der **Zweckmäßigkeit** am wenigsten problematisch. Zweckmäßig ist eine ärztliche Maßnahme, die **objektiv geeignet** ist, auf den angestrebten Zweck - den Heilerfolg - hinzuwirken.[83] Die Maßnahmen müssen in der medizinischen Praxis **allgemein anerkannt** sein und sich bei dem vorliegenden Krankheitsbild **bewährt** haben.[84] Die Leistungen sind **zweckmäßig**, wenn die medizinische Leistung auf folgende **Ziele** ausgerichtet ist:

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung,
- zur Früherkennung von Krankheiten,
- zur Behandlung einer Krankheit.[85]

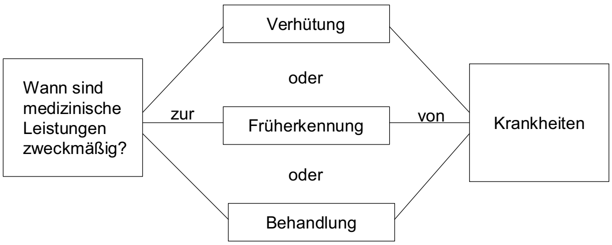


Abbildung 7

Da es sich hierbei um medizinische Sachverhalte handelt, ist regelmäßig ein Rückgriff auf ärztlichen Sachverstand erforderlich. Das SGB V selbst verweist an mehreren Stellen auf die **medizinische Wissenschaft**. So müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen **dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse** entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.[86] Eine Behandlungsmethode entspricht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, wenn sie von der großen **Mehrheit** der einschlägigen **Fachleute** (Ärzte, Wissenschaftler) **befürwortet** wird. Abgesehen von einzelnen,

---

[83] *Raddatz* (I), WKR 1 - S. 1 m.w.N.; ebenso für Arzneimittel BSG, Urt. v. 09.02.1989 – 3 RK 19/87 -, wobei das BSG feststellte, dass eine unwirtschaftliche Verordnung nicht zwingend auch unzweckmäßig sei, da sich beide Rechtsbegriffe nicht decken.

[84] *Ziegner*, VSSR 2003, S. 191 ff.; vgl. auch *Jörg*, in Schnapp/Wigge, S. 248, Rn. 53 ff.

[85] §§ 11, 12 SGB V; vgl. auch KassKomm, *Höfler*, § 12 SGB V, Rn. 23.

[86] § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V; BSG, Urt. v. 16.06.1999 – B 1 KR 4/98 -; vgl. hierzu auch eingehend *Fastabend*, NZS 2002, S. 299 ff.

nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen, muss über die Zweckmäßigkeit der Therapie **Konsens** bestehen.[87]

Die Behandlung muss dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Ob eine Behandlungsmethode zur Erzielung des Heilerfolges geeignet ist, ob sie den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst entspricht oder nicht, kann der **Zahnarzt** mit seinem medizinischen Sachverstand im Allgemeinen eindeutig entscheiden. Er ist hierbei allerdings verpflichtet, die verschiedenen **Richtlinien** über die **zahnärztliche Behandlung** zu beachten und einzuhalten. Denn diese Richtlinien stellen **Konkretisierungen** des **Wirtschaftlichkeitsgebotes** dar und binden den Zahnarzt unmittelbar.[88]

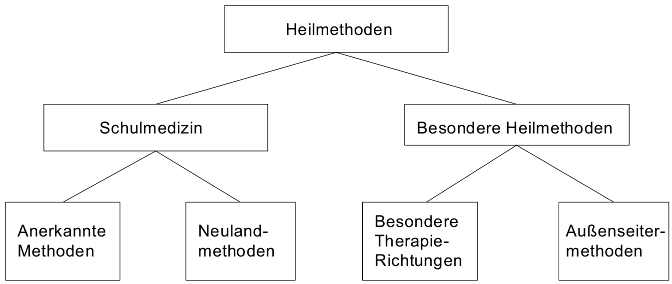


Abbildung 8

Der Zahnarzt genügt dem **Zweckmäßigkeitsgebot**, wenn er nach der **Schulmedizin** zweifelsfrei anerkannte oder vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich anerkannte Untersuchungs- und Heilmethoden wählt und im Rahmen seiner zahnärztlichen Behandlung die jeweiligen **Richtlinien** einhält. Fehlt es an dieser Anerkennung, darf der Arzt die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode unter Umständen gleichwohl „im Einzelfall mit begründeter Motivation" wählen.[89] Denn Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der **besonderen Therapie-**

[87] BSG, Urt. v. 16.06.1999 – B 1 KR 4/98 -: Das setzt voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit einer (neuen) Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen gemacht werden können. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein. Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei geführten Statistiken über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen.

[88] §§ 92, 135 SGB V; vgl. zu den Richtlinien auch Kap. 3.1.3, S. 34 ff.

[89] *Raddatz* (I), WKR 1 - S. 1 m.w.N.

richtungen sind nach dem Gesetzeswortlaut ausdrücklich nicht ausgeschlossen.[90] Allerdings empfiehlt es sich sehr, im Fall der Entscheidung für eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss (bislang) nicht anerkannte besondere Behandlungsmethode, zuvor die **Genehmigung** zur Übernahme dieser Leistung durch die Krankenkasse einzuholen.

Der Leistungsanspruch umfasst auch besondere Behandlungsmethoden.

Leistungen, die sich allerdings in offenkundigem **Widerspruch** zum **Stand der medizinischen Wissenschaft** befinden oder die erkennbar **ohne jeden Nutzen** erbracht werden, unterliegen nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.[91]

2.2.2. Ausreichende Leistungen

Mit dem Erfordernis der „ausreichenden" Versorgung tritt neben das eher qualitative Kriterium der Zweckmäßigkeit eine mehr **quantitative Größe**, die den Zahnarzt zu **mengenmäßigen Betrachtungen** verpflichtet.[92]

Die Behandlung ist ausreichend, wenn weitere Maßnahmen nicht zwingend erforderlich sind.

Ausreichend ist eine Behandlung dann, wenn sie nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft Erfolgschancen für das Erreichen des Behandlungszieles hat; es wird somit ein **Mindeststandard** in der Behandlungsqualität **garantiert**.[93] Der Zahnarzt genügt dem Erfordernis der ausreichenden Versorgung, wenn er sich davon überzeugt, dass es **weiterer Maßnahmen nicht bedarf**. Diese Feststellung wird häufig sukzessive zu treffen sein. Zeigt sich aber, dass die bisher getroffenen Maßnahmen zwar dem Grunde nach geeignet sind, aber an Intensität und Dauer nicht ausreichen, werden weitere oder stärkere Mittel anzuwenden sein.

---

[90] § 2 Abs. 1 S. 2 SGB V. Das BSG hat mehrfach festgestellt, dass den Versicherten neue Behandlungsmethoden nicht (allein) deswegen vorenthalten werden dürfen, weil sie die Schulmedizin noch nicht allgemein anerkannt habe, so etwa BSG, Urt. v. 22.09.1981 – 11 RK 10/79 - zur Reittherapie; vgl. zu den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch Kap. 3.2.1, S. 35 ff.

[91] BSG, Urt. v. 05.02.2003 – B 6 KA 15/02 R -; vgl. auch *Dahm*, S. 12, Rn. 24.

[92] In diesen Entscheidungsbereich gehören beispielsweise Fragen wie Dosis und Dauer einer geplanten Injektionsserie, die Dosis und Menge einer zu verordnenden Arznei, die Zahl zu verordnender Massagen oder die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, aber auch jede Form der Verstärkung einer gewählten Therapie; vgl. hierzu eingehend *Raddatz* (I), WKR 1 - S. 1.

[93] Vgl. auch *Ziegner*, VSSR 2003, S. 191 ff. m.w.N.

Die Kriterien „zweckmäßig“ und „ausreichend“ zielen somit darauf ab, dass **nicht weniger** geschieht, als zur Erzielung des Heilerfolges geschehen muss.[94]

2.2.3. Notwendigkeit der Behandlung

„Versicherte haben **Anspruch auf Krankenbehandlung**, **wenn sie notwendig ist**, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“.[95] Mit dem Kriterium „**notwendig**“ soll sichergestellt werden, dass **nicht mehr geschieht**, als dem Ziel des erstrebten Heilerfolges entspricht. Die Notwendigkeit einer Maßnahme stellt daher die **Obergrenze** der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung dar.[96] Denn bestimmte ärztliche Maßnahmen können zweckmäßig und ausreichend sein, aber den Rahmen des Notwendigen überschreiten. Wünscht ein **Patient** eine aufwendigere Versorgung, muss er die entstehenden **Mehrkosten** selbst tragen, sofern die Leistung teilbar ist und die Grundleistung als wesentlicher Teil dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung angehört.[97]

Die Behandlung darf das Maß des Notwendigen nicht überscheiten.

2.2.3.1. Vergleichbare Begriffe

Die **Notwendigkeit** einer Heilbehandlung ist **deckungsgleich** mit dem Begriff der **Behandlungsbedürftigkeit**, der als Merkmal des Krankheitsbegriffs angesehen wird. Beide Ausdrücke werden in der Rechtsprechung auch in der Regel als **Synonym** gebraucht.[98] Von einigen speziellen Normen des SGB V wird auch der Begriff der "**Erforderlichkeit**" wiederaufgegriffen.[99]

---

94 Vgl. *Raddatz* (I), WKR 1 - S. 1. Beispielsweise verstößt der Zahnarzt auch dann gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, wenn er im Rahmen einer endodontischen Behandlung nicht die erforderlichen Röntgenleistungen erbringt, da er in diesem Fall (hinsichtlich der Wurzelbehandlung) eine nicht ausreichende Leistung abgerechnet hat.

95 § 27 Abs. 1 SGB V.

96 Vgl. *Raddatz* (I), WKR 1 - S. 1 und *Ziegner*, VSSR 2003, S. 191 ff.

97 Dies ist gerade im Bereich der zahnärztlichen Behandlung üblich und durch das System der Festzuschüsse für den Zahnersatz (vgl. hierzu Kap. 1.2.5, S. 5) besonders konkretisiert worden. Denn die Krankenkassen leisten einen Festzuschuss von mindestens 50 % nur zur so genannten „Regelversorgung“, also zur „ausreichenden“ und „notwendigen“ Versorgung im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes, vgl. § 55 SGB V.

98 *Fastabend*, NZS 2002, S. 299 ff.

99 So setzen Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft voraus, dass die Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung *erforderlich* sind (§ 27 a Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall *erforderlich* sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Be-

Die Fragestellung ist beim Kriterium „**notwendig**“ **umgekehrt** wie bei den Kriterien „**zweckmäßig**“ und „**ausreichend**“: Wird mit dem Kriterium „ausreichend“ danach gefragt, ob Dosis, Dauer, Menge und Intensität genügen, ob es nicht weiterer Maßnahmen bedarf, verpflichtet das Kriterium „notwendig“ zur Prüfung, ob weitere Maßnahmen **nicht unterbleiben** können, ob also Dosis, Dauer, Menge und Intensität nicht herabgesetzt werden können, ohne den Heilerfolg zu gefährden.[100] Auch die als „geeignet“ erkannte Maßnahme ist angesichts des Notwendigkeitskriteriums daraufhin zu untersuchen, ob sie durch eine ebenfalls geeignete, aber weniger aufwendige ersetzt werden kann.[101]

2.2.3.2. Schwierige Abgrenzung im Einzelfall

Notwendig sind folglich nur jene Maßnahmen, die zur Erzielung des Heilerfolges nach Art und Umfang **unentbehrlich**, **unvermeidlich** oder **unverzichtbar** sind.[102] Allerdings gehen die **Vorstellungen** darüber, welche Behandlung im konkreten Fall **notwendig** ist, zwischen den Beteiligten **regelmäßig auseinander**: Der **Versicherte** erwartet angesichts nicht unerheblicher Beitragszahlungen eine medizinische Rundumversorgung.

Die Rolle der **Krankenkassen** ist dagegen zwiespältig: Während sie als Kostenträger grundsätzlich an einer **Leistungseingrenzung** interessiert sein müssen, kann eine gewisse Kulanz bei der Leistungsgewährung einen Vorteil im **Wettbewerb** mit anderen Krankenkassen um neue Mitglieder bedeuten.

Notwendig sind nur diejenigen Maßnahmen,
die unentbehrlich, unvermeidlich oder unverzichtbar sind.

---

hinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen (§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V). Ein Anspruch auf vollstationäre Krankenbehandlung besteht nur, wenn die Aufnahme *erforderlich* ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V).

[100] *Raddatz* (I), WKR 1 - S. 1 m.w.N. Besondere praktische Bedeutung hat das Merkmal „Notwendigkeit“ bei der Gewährung von Hilfsmitteln und von Krankenhausbehandlung erlangt.

[101] So hat das Bundessozialgericht unter besonderen Voraussetzungen zwar die Reittherapie bei einem Kind mit zerebralen Bewegungsstörungen als zweckmäßig anerkannt, die Frage der Notwendigkeit dagegen als noch klärungsbedürftig angesehen, vgl. BSG, Urt. v. 22.07.1981 - 3 RK 50/79 -.
Im *zahnärztlichen Bereich* wäre es beispielsweise nicht notwendig, in jedem Behandlungsfall zunächst ein OPG anzufertigen, wenn für die Klärung des Befundes im konkreten Fall auch eine Röntgenaufnahme nach BEMA-Nr. Ä 925a ausreichend wäre, vgl. hierzu Kap. 8.5, S. 170 ff. und Kap. 8.9, S. 178 ff.

[102] Vgl. KassKomm, *Höfler*, § 12 SGB V, Rn. 8 u. 39.

Schließlich ist auch der **Arzt** bei seiner Therapieentscheidung nicht allein dem Wohlergehen des Patienten, sondern auch eigenen ökonomischen Interessen verpflichtet.[103] Im Streitfall müssen daher die Gerichte das Maß des Notwendigen festlegen und den **unbestimmten Rechtsbegriff** der „Notwendigkeit“ mit Leben füllen.

2.2.4. Wirtschaftlichkeit (im engeren Sinne)

Das Kriterium der „Wirtschaftlichkeit“ der Leistung im engeren Sinne ist in erster Linie für die **Relation** zwischen Kosten und Heilerfolg bedeutsam: Nur jene Leistung ist wirtschaftlich, bei der das **günstigste Verhältnis** zwischen **Aufwand** und **Wirkung** besteht. Beide Gesichtspunkte sind in einem **Kosten-Nutzen-Vergleich** gegeneinander **abzuwägen**. Hierbei sind auf der Nutzenseite Art, Dauer und Nachhaltigkeit des Heilerfolgs mit einzubeziehen.[104]

Vor allem **bei neuen Heilmethoden** muss die Wirtschaftlichkeit unter diesem Aspekt geprüft werden; ferner dann, wenn **mehrere** ausreichende, zweckmäßige und notwendige **Therapiemöglichkeiten** zur Auswahl stehen.[105] Das **Bundessozialgericht** fordert in diesen Fällen eine **Gegenüberstellung**, was im Einzelnen bei dem Patienten mit der herkömmlichen Methode erreicht worden war (bzw. weiter erreicht worden wäre) und welchen Erfolg - verbunden mit welchen Kosten - die Alternativtherapie in der streitigen Zeit bewirkt hat. Der Vergleich dieser Wirkungen und Kosten muss im Sinne einer „**Gesamtbilanz**“ die Grundlage für die Feststellung bilden können, ob die Leistung den Wirtschaftlichkeitskriterien entspricht.[106]

Wirtschaftlichkeit erfordert einen Kosten-Nutzen-Vergleich.
Das danach günstigste Verhältnis ist zugleich auch wirtschaftlich.

Als **wirtschaftlich** ist im Ergebnis eine medizinisch notwendige Leistung anzusehen, die in Qualität und Wirksamkeit dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und geeignet ist, einen Heilerfolg zu bewirken, sofern der von der Leistung erwartete Erfolg in angemessenem Verhältnis zum Aufwand steht bzw. einen möglichst geringen Aufwand erfordert.[107]

---

[103] *Fastabend*, NZS 2002, S. 299 ff.
[104] BSG, Urt. v. 22.07.1981 - 3 RK 50/79 -; BSG, Urt. v. 22.09.1981 – 11 RK 10/79 - (jeweils zur Reittherapie).
[105] § 12 Abs. 2 SGB V enthält eine Sonderregelung für Festbeträge, vgl. hierzu Fn. 31.
[106] BSG, Urt. v. 22.09.1981 – 11 RK 10/79 -.
[107] *Dahm*, S. 10, Rn. 21. Vgl. zum Begriff der Wirtschaftlichkeit auch BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.

2.2.5. „Wirtschaftlich“ heißt nicht „billig“

Stehen dem Zahnarzt bei einer bestimmten Indikation für eine als notwendig erkannte Therapie mehrere gleich wirksame und dem Patienten zuträgliche Alternativen zur Verfügung, soll der Vertragszahnarzt die „kostengünstigste“ Möglichkeit wählen. Das heißt jedoch nicht, dass nur das wirtschaftlich ist, was möglichst wenig kostet. **Vor den Kosten** einer Behandlung **rangiert** stets **der Nutzen** einer Therapie für den angestrebten Behandlungserfolg.[108] Ein **Mehr** an diagnostischem oder therapeutischem **Aufwand** kann folglich dann wirtschaftlich sein, wenn dem auch ein **Mehr** an **Erfolg** gegenübersteht.[109]

Hierbei ist zu beachten, dass die Einzelkriterien ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich in einem **inneren Zusammenhang** miteinander stehen und sich **vom Bedeutungsinhalt** her teilweise sogar **überschneiden**. Die Rechtsprechung sieht den Begriff der „Wirtschaftlichkeit der Leistung“ jedoch als **Oberbegriff**, der die übrigen Einzelkriterien inhaltlich umfasst. [110]

Die Auslegung des Begriffs der Wirtschaftlichkeit hat
im Rahmen einer Gesamtbetrachtung zu erfolgen.



Abbildung 9

---

[108] So für die Verordnung von Arzneimitteln ausdrücklich Abschnitt D. 12 der Arzneimittelrichtlinien.

[109] *Filler*, Fortbildungsheft der KBV, S. 15.

[110] KassKomm, *Höfler*, § 12 SGB V, Rn. 21; *Dahm*, S. 8, Rn. 14.

2.3. Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes

2.3.1. Rechtliche Maßnahmen

Zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes hat der Gesetzgeber verschiedene Maßnahmen vorgesehen, indem er:

- **den Gemeinsamen Bundesausschuss** beauftragt, **Richtlinien** über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu beschließen,[111]
- die **Kassenzahnärztliche Vereinigung** und die **Verbände der Krankenkassen** beauftragt, die kassenzahnärztliche Versorgung nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche **Verträge** dergestalt zu regeln, dass eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden,[112]
- die **Kassenzahnärztliche Vereinigung** und die **Verbände der Krankenkassen** beauftragt, zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung **Prüfgremien** einzurichten[113] und entsprechende **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** durchzuführen.[114]

2.3.2. Überprüfung des Wirtschaftlichkeitsgebotes

2.3.2.1. Vor Leistungserbringung

Die Beurteilung, ob und inwieweit die zahnärztlichen Leistungen in wirtschaftlicher Weise erbracht worden sind und damit den Kriterien des Wirtschaftlichkeitsgebotes entsprechen, wird von **verschiedenen Institutionen** vorgenommen.

Im Vorfeld erfolgt die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung durch den **Zahnarzt selbst**, der die medizinische Entscheidung trifft. Ihm kommt hierbei ein relativ breiter - von Verwaltung und Gerichten nicht überprüfbarer - **Beurteilungsspielraum**[115] zu. Der Zahnarzt darf selbst einschätzen, welche Chance er

---

[111] § 92 SGB V; vgl. hierzu Kap. 3.1.3, S. 34 ff.
[112] § 72 Abs. 2 SGB V; vgl. hierzu auch die Vereinbarung des BMV-Z, kurz dargestellt in Kap. 3.2.3, S. 37.
[113] Vgl. zu den Prüfgremien Kap. 3.3, S. 38 ff.
[114] Vgl. hierzu ausführlich Kap. 2.4, S. 27 ff.
[115] Vgl. hierzu Kap. 3.7.6, S. 56 ff.

aufgrund der Behandlung oder der Verordnung eines Mittels für einen Heilungs-, Besserungs- oder Linderungserfolg bei einem bestimmten Patienten einräumt, sofern die Beurteilung medizinisch vertretbar ist.[116] Ebenso wie die **Therapiefreiheit** des Zahnarztes hierdurch ihre volle Anerkennung erfahren hat, wird durch die Anforderungen des Wirtschaftlichkeitsbegriffs diese Freiheit grundsätzlich nicht tangiert.[117]

Der Zahnarzt hat einen eigenen Beurteilungsspielraum -
dies ist Ausdruck seiner Therapiefreiheit.

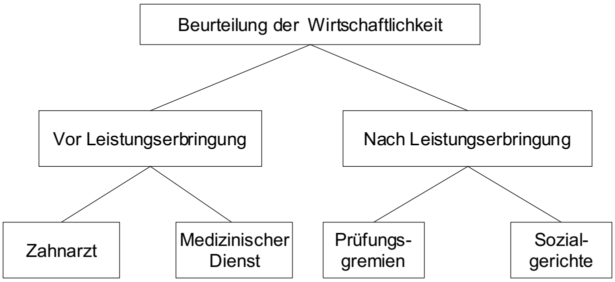


Abbildung 10

Bei **Zahnersatzleistungen** und **kieferorthopädischen** Maßnahmen prüft die **Krankenkasse** im Vorfeld die Wirtschaftlichkeit des empfohlenen Behandlungskonzepts anhand des vom Zahnarzt vorgelegten Heil- und Kostenplanes.[118] Diese Leistungen sind daher angesichts der Genehmigungspflicht der Krankenkassen **nicht Gegenstand** der Wirtschaftlichkeitsprüfung.[119]

2.3.2.2. Nach Leistungserbringung

Nach Durchführung der Behandlung wird die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes durch die **Prüfgremien** geprüft.[120] Hierbei soll grundsätzlich ausgeschlossen werden, dass einzelne Ärzte oder Gruppen von (zahn)ärztlichen Leistungser-

---

116 BSG, Urt. v. 21.11.1991 – 3 RK 8/90 -; BSG, Urt. v. 31.07.1991 – 6 RKa 18/90 -; *Dahm*, S. 11, Rn. 22.

117 *Dahm*, S. 11, Rn. 22 m.w.N. aus Rechtsprechung und Literatur.

118 Vgl. zur Garantiefunktion des Heil- und Kostenplanes SG Marburg, Beschl. v. 23.03.2005 – S 12 KA 15/05 ER -.

119 Vgl. hierzu Kap. 3.9.4, S. 65 ff.

120 Vgl. hierzu ausführlich Kap. 3.3, S. 38 ff.

bringern gar keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.[121] Im Anschluss daran kann auch eine **gerichtliche Überprüfung** erfolgen, da es sich bei den Kriterien zur Umschreibung des Wirtschaftlichkeitsgebotes um so genannte unbestimmte Rechtsbegriffe handelt, die im konkreten Anwendungsfall unter Bezugnahme auf das konkrete Verhalten einer jeweiligen Wertung bedürfen und auch durch die **Sozialgerichte** gerichtlich voll überprüfbar sind.[122]

2.4. Zulässige Beschränkung der Berufsfreiheit

2.4.1. Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts

Das **Wirtschaftlichkeitsgebot** und die damit einhergehende **Wirtschaftlichkeitsprüfung** sind keine verfassungswidrigen Beschränkungen der ärztlichen Berufsfreiheit.[123] Vielmehr stellt die Verpflichtung zur Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes eine **zulässige Einschränkung der Berufsfreiheit** dar und muss von den Vertragszahnärzten hingenommen werden. Die **Rechtfertigung** hierfür findet sich in dem Gemeinschaftsgut „Erhalt der Funktionstüchtigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung".

Das **Bundesverfassungsgericht** hat hierzu ausgeführt:

> *„Die Beschränkung der kassenärztlichen Tätigkeit auf das Maß des Notwendigen und das Gebot der Wirtschaftlichkeit trägt der Tatsache Rechnung, dass die Mittel, die zur Behebung der Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen, nicht unbegrenzt sind. Insofern sind die Bemühungen um Kostendämpfung und daraus folgend das Gebot der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungsweise eines der Instrumente zur Aufrechterhaltung von Funktionstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit des Systems der sozialen Krankenversicherung, also eines unbestreitbar hohen Gemeinschaftsgutes. Die Honorarkürzungen hindern die Beschwerdeführerin im Übrigen nicht daran, die von ihr als zutreffend erachteten Therapiemethoden anzuwenden."*[124]

Die Verpflichtung, **wirtschaftlich** zu behandeln, regelt nur die Art und Weise, wie der Arzt seinen Beruf gegenüber Patienten der gesetzlichen Krankenkassen auszuüben hat: nämlich unter Einhaltung der Kriterien des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist eine zulässige Beschränkung der Berufsfreiheit.

---

121 BSG, Urt. v. 06.09.2000 – B 6 KA 45/99 -.
122 *Hesral*, S. 16, Rn. 49; vgl. zum Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung auch Kap. 10.4.6, S. 309 ff.
123 Art. 12 Abs. 1 GG.
124 BVerfG, Beschl. v. 09.01.1984 - 1 BvR 1239/83 -; vgl. auch *Spellbrink*, S. 118.

Dieses Normgebot stellt lediglich eine **Regelung** der **Berufsausübung** dar und beinhaltet daher **den geringsten Eingriff** in den Schutzbereich der **Berufsfreiheit**. Als Eingriffe geringster Intensität sind Berufsausübungsregelungen bereits zulässig und gerechtfertigt, wenn „**vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls**" für sie sprechen.[125] Zahnärzte können sich also im Rahmen ihrer Tätigkeit als Vertragszahnarzt nicht auf eine Beschränkung ihrer Berufsfreiheit berufen, weil sie zur Einhaltung der Wirtschaftlichkeit verpflichtet sind.

2.4.2. Spannungsfeld zwischen Therapiefreiheit und Sparzwängen

Allerdings muss festgehalten werden, dass die Situation für Zahnärzte und Ärzte im **Spannungsfeld** zwischen **Therapiefreiheit** und **Sparzwängen** unzumutbar sein kann, solange sich der Gesetzgeber darauf beschränkt, mit inhaltlichen Leerformeln das Anspruchsdenken der Patienten hochzuhalten, ohne sich zu eindeutigen gesetzlichen Vorgaben entschließen zu können.[126]

Denn das Gesetz verpflichtet die Leistungserbringer ausdrücklich, den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen und dafür Sorge zu tragen, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechen.[127] So verbleibt für den Arzt stets das Risiko, dass aus der Ex-Post-Betrachtung sein Behandlungs- und Verordnungsverhalten missbilligt wird.[128]

Ein gravierender **Konflikt** kann sich auch im Spannungsfeld zwischen sozialrechtlichem **Wirtschaftlichkeitsgebot** und zivilrechtlichen **Haftungsanforderungen** ergeben.[129] Was im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes nämlich als „nicht mehr notwendig" angesehen wird, könnte im Arzthaftungsprozess als „noch nicht aus-

---

125 Dabei obliegt dem jeweiligen Gesetzgeber ein Auswahlermessen, je nach seinen weltanschaulichen und gesellschaftspolitischen Vorstellungen, „einfache Gemeinwohlinteressen" zu definieren und in Gesetzesform zu bringen. Dieser Ermessensspielraum des Gesetzgebers ist nur durch das Verhältnismäßigkeitsprinzip begrenzt; vgl. zur Berufsfreiheit und der sog. Stufentheorie hinsichtlich der zulässigen Beschränkungen ausführlich BVerfG, Urt. v. 11.06.1958 - 1 BvR 596/56 -. Vgl. hierzu auch *Spellbrink*, S. 117 ff. Zur Frage, ob der Vertragsarzt als „staatlich gebundener Beruf" anzusehen ist, s. *Weiß*, NZS 2005, S. 67 ff. m.w.N.

126 So zutreffend *Dahm*, S. 12, Rn. 24.

127 § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V.

128 So zutreffend *Dahm*, S. 12, Rn. 24. Vgl. zu den zunehmenden wirtschaftlichen Risiken, die den Vertragsärzten aufgebürdet werden auch *Kluth*, MedR 2005, S. 65 ff.

129 Vgl. zum Spannungsverhältnis von Haftungsrecht und Kassenarztrecht, *Kern*, MedR 2004, S. 300 ff. Vgl. auch beispielhaft einige Fälle der zivilrechtlichen Rechtsprechung in *Ziegner*, VSSR 2003, S. 191 ff.

reichend" beurteilt werden und entsprechende Schadensersatzansprüche nach sich ziehen.[130]

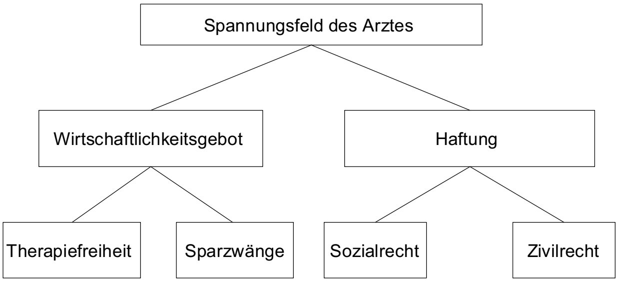


Abbildung 11

Der Zahnarzt befindet sich in einem schwierigen Spannungsfeld.

130 So ein aktueller Fall aus der Kanzlei der *Autorin*: Ein vorwiegend ambulant operierender Orthopäde erhält einen Sprechstundenbedarfs-Regress über mehrere tausende Euro, weil er angeblich zu viele Thrombosestrümpfe und „Lenk-Idealbinden" angefordert hat. Er hatte diese nach ambulanten Operationen jeweils für einen Zeitraum von 10 Tagen verordnet. Dies beurteilten die Prüfgremien als unwirtschaftlich, da angeblich eine Prophylaxe von nur 5 Tagen ausreichend sei. Ein Patient, der nach einer Operation trotz entsprechender Prophylaxemaßnahmen eine Thrombose erlitten hatte, wirft dem Arzt demgegenüber eine noch zu geringe Thrombose-Prophylaxe vor und verfolgt einen hierauf gestützten Haftungsanspruch vor dem Zivilgericht – mit guten Erfolgsaussichten.(!) Dieser Zwiespalt ist nicht akzeptabel, insbesondere nicht die Konsequenz, dass der Arzt – wegen des Regresses – die Prophylaxemaßnahmen letztlich aus eigener Tasche zu bezahlen hat!

3 Verfahrensgrundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung

3.1. Rechtsgrundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die **Überprüfung** der Einhaltung des **Wirtschaftlichkeitsgebotes** erfolgt nach Abschluss der zahnärztlichen Behandlung durch die **Wirtschaftlichkeitsprüfung**. Diese ist sowohl **gesetzlich** als auch **vertraglich** geregelt. Die maßgeblichen, im weiteren näher dargestellten Vorschriften zur Ausgestaltung des Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind:

- § 106 SGB V,[131]
- Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung,
- Prüfvereinbarung der jeweiligen KZV,
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

3.1.1. § 106 SGB V und Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung

Eines der wesentlichen Anliegen der **Gesundheitsreform 2004** (GMG)[132] war unter anderem die **Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung**. Der Gesetzgeber forderte eine effektivere und effizientere Durchführung der Prüfungen und eine entsprechende Neugestaltung des Prüfverfahrens. Angeblich seien die bisherige Ausgestaltung sowie die Arbeitsweise der Prüfgremien eine zentrale Ursache für die geringe Effektivität und die „gravierenden Umsetzungsdefizite“ der Wirtschaftlichkeitsprüfungen gewesen; eine Neuregelung sei daher erforderlich.[133]

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung hat erhebliche Änderungen erfahren.

So wurde insbesondere die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung maßgebliche Vorschrift des § 106 SGB V erheblich geändert und ergänzt.[134] Diese **Änderungen**

---

[131] Diese ungewöhnlich lange Vorschrift ist abgedruckt im Anhang, Kap. 12.1, S. 331 ff. Der Gesetzgeber hatte erstmals im Jahre 1988 mit dem Gesundheits-Reformgesetz die Methoden und das Verfahren der Wirtschaftsprüfung inhaltlich in § 106 SGB V geregelt. Zuvor war die Tätigkeit der Prüfgremien in § 368 n Reichsversicherungsordnung (RVO) eher versteckt geregelt; vgl. hierzu auch *Spellbrink,* S. 73.

[132] Vgl. zur Gesundheitsreform auch *Dalichau*, MedR 2004, S. 197 ff.; *Orlowski*, MedR 2004, S. 202 ff. Vgl. zu den Auswirkungen des GMG auf das zahnärztliche Berufsrecht und die Selbstverwaltung *Tettinger*, GesR 2004, S. 449 ff.

[133] Vgl. A. Allgemeiner Teil Begründung zur WiPrüfVO.

[134] Vgl. zur Entstehungsgeschichte und Rechtsentwicklung der Norm *Krauskopf*, § 106 SGB V, Rn. 1 ff.

betreffen maßgeblich die **Prüfmethoden**[135] sowie die **Neuorganisation** der **Prüfgremien** und der **Geschäftsstellen**.

Die durch die Gesundheitsreform 2004 (GMG) angestrebte **Verbesserung** der Wirtschaftlichkeitsprüfungen soll insbesondere erreicht werden durch die Bestellung eines **neutralen Vorsitzenden** in den jeweiligen Prüfgremien und die Einrichtung von **Geschäftsstellen** zur Unterstützung der Prüfgremien. Die Einzelheiten wurden in der so genannten **Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung** geregelt (**WiPrüfVO**).[136] Die WiPrüfVO beinhaltet unter anderem Regelungen:

- zur Geschäftsführung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse, insbesondere zur Bildung und Besetzung der Prüfgremien,[137]
- zu den Aufgaben und der Entschädigung der Vorsitzenden der Ausschüsse,
- zu den Pflichten der Ausschussmitglieder,
- zu den Aufgaben und zum Personal der Geschäftsstelle,
- zur Kostentragung.

Der Gesetzgeber erhofft sich durch die Regelungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung eine erhebliche **Verbesserung** des **Verfahrens**. Er erwartet sich **Einsparpotentiale** in einer nicht quantifizierbaren Höhe. Ob dies – angesichts der erforderlichen Neustrukturierungen und der damit verbundenen Kosten – tatsächlich der Fall sein wird, bleibt allerdings skeptisch abzuwarten.[138]

3.1.2. Prüfvereinbarung

Die **konkrete Ausgestaltung** des **Verfahrens** der Wirtschaftlichkeitsprüfung war schon immer maßgeblich in der Prüfvereinbarung geregelt. Die Prüfvereinbarung ist ein **Vertrag** zwischen dem **Landesverband der Krankenkassen** und der jeweiligen **Kassenzahnärztlichen Vereinigung**.[139] Es existiert somit für jeden

---

135 So wurde die bisherige Regelprüfmethode der statistischen Vergleichsprüfung im Gesetz gestrichen (vgl. hierzu Kap. 6.1.3, S. 93 ff.) und die Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung) als maßgebliche Prüfmethode normiert (vgl. hierzu Kap. 4.1, S. 67 ff.).

136 Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstellen nach § 106 Abs. 4 a SGB V vom Januar 2004.

137 Vgl. zu den Prüfgremien Kap. 3.3, S. 38 ff.

138 Kritisch auch *Filler*, GesR 2004, S. 502 ff.

139 So genannte „Vertragspartner“, § 106 Abs. 4 i.V.m. § 106 Abs. 2 S. 4 SGB V. Diese Prüfvereinbarungen sind öffentlich-rechtliche Verträge mit Normcharakter. Sie sind infolgedessen für die Prüfgremien rechtsverbindlich. Die Prüfvereinbarungen sind auch schiedsamtsfähig, vgl. BSG, Urt. v. 27.01.1987 – 6 RKa 28/86 -. Die Prüfvereinbarungen sind angesichts ihrer landesrechtlichen Normierung allerdings nicht durch

KZV-Bereich eine eigene Prüfvereinbarung, wobei diese zumindest in Detailfragen durchaus voneinander abweichen können. Es ist daher **unabdingbar**, die **jeweilige Prüfvereinbarung** bei der KZV **anzufordern**[140] und zu studieren.

Jede KZV hat ihre eigene Prüfvereinbarung!

Die Prüfvereinbarungen enthalten weitere **formelle Vorschriften** zur **Ausgestaltung des Verwaltungsverfahrens**, wie beispielsweise Regelungen über:

- Antragstellungen und Antragsfristen,
- Grenzwerte für die Einleitung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
- Anhörungsrechte der Beteiligten,
- Durchführung des Verwaltungs- und Widerspruchsverfahrens,
- Verjährungsfristen,
- Ausschlussfristen.

Die Regelungen der Prüfvereinbarung gehen als **spezielleres Recht** (lex specialis) den allgemeinen sozialrechtlichen Verfahrensvorschriften vor.[141] Diese werden allerdings nicht insgesamt verdrängt, sondern nur, soweit die Prüfvereinbarungen besondere oder abweichende Regelungen enthalten.[142]

Die Regelungen in der Prüfvereinbarung sind als Spezialvorschriften vorrangig.

Die Prüfvereinbarungen regeln darüber hinaus auch so genannte materielle Fragen, insbesondere die anzuwendenden **Prüfmethoden** und deren **Voraussetzungen**. So muss beispielsweise die bisherige „Regelprüfmethode" der **statistischen Vergleichsprüfung** nach Durchschnittswerten seit der Neufassung des § 106 SGB V ausdrücklich in der Prüfvereinbarung vorgesehen und vereinbart sein.[143] Gleiches gilt für die verschiedenen Formen der **Einzelfallprüfung**.[144]

---

das Bundessozialgericht revisibel, so jedenfalls BSG, Urt. v. 06.09.2000 – B 6 KA 45/99 -. Der Vertragsarzt unterliegt der Prüfvereinbarung aufgrund seiner Einbindung in die Regeln der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Abs. 3 SGB V; vgl. hierzu auch *Quaas/Zuck*, S. 419, Rn. 6.

140 Meistens ist die Prüfvereinbarung auch auf der Homepage der KZVen zu finden.

141 Diese finden sich im SGB X.

142 *Hesral*, S. 19, Rn. 59.

143 § 106 Abs. 2 S. 4 SGB V; vgl. hierzu Kap. 6.1.4, S. 94 ff.

144 § 106 Abs. 3 SGB V; vgl. hierzu Kap. 5, S. 77 ff. Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses (im August 2005) ist nach den Recherchen der *Autorin* allerdings lediglich in Thüringen (mit Wirkung zum 1. Juli 2005) eine neue Prüfvereinbarung erlassen worden.

3.1.3. Richtlinien zur zahnärztlichen Behandlung

Die zahnärztliche Behandlung ist in besonderer Weise gekennzeichnet durch die Vorgabe von **Richtlinien**. Diese werden vom **Gemeinsamen Bundesausschuss**[145] beschlossen[146] und haben eine wesentlich größere **Bedeutung** zur Bestimmung des wirtschaftlichen Verhaltens als entsprechende Richtlinien im ärztlichen Bereich.[147] Die Richtlinien regeln hierbei nicht nur die **Modalitäten** der **Leistungserbringung**, sondern legen zugleich den **Umfang** der **Leistungsansprüche** der Versicherten fest.[148]

Derzeit sind die Zahnärzte und Kieferorthopäden an die folgenden Richtlinien[149] gebunden:

- **Behandlungsrichtlinien** für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung,
- Richtlinien über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (**Individualprophylaxe**),
- Richtlinien über die **Früherkennungsuntersuchungen** auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit **Zahnersatz** und Zahnkronen,
- Richtlinien für die **kieferorthopädische Behandlung**,
- Richtlinien über die Einführung **neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** und die Überprüfung erbrachter vertragszahnärztlicher Leistungen.[150]

Die Richtlinien stellen **Konkretisierungen** des **Wirtschaftlichkeitsgebotes** dar und binden den Zahnarzt unmittelbar.[151] Die **Verbindlichkeit von Richtlinien**, die

---

145 Früher „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen".

146 Auch auf der Grundlage von externem, umfassendem medizinisch-wissenschaftlichem Sachverstand, vgl. §§ 91, 92 Abs. 1 u. 1 a SGB V.

147 Dies liegt auch daran, dass Einzelfallprüfungen (gegebenenfalls mit Hochrechnung) im zahnärztlichen Bereich häufiger durchgeführt werden als im Arztbereich, vgl. hierzu Kap. 5.5, S. 86 ff.

148 Der Bundesausschuss kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind, § 92 Abs. 1 SGB V. Vgl. hierzu auch *Fastabend*, NZS 2002, S. 299 ff. m.w.N. zur Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.

149 Jeweils vom 04.06.2003 in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung.

150 NUB-Richtlinien, Stand 01.03.2000, vgl. hierzu auch das nachfolgende Kapitel.

151 *Hesral*, S. 232, Rn. 798. Vgl. zur Bindungswirkung auch *Raddatz* (I), WKR 2.0 ff. und *Engelmann*, NZS 2000, S. 1 ff.

das Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisieren, beruht darauf, dass sie **Erfahrungssätze** wiedergeben.[152]

Die Richtlinien konkretisieren das Wirtschaftlichkeitsgebot.
Sie sind für die Zahnärzte bindend.

Die allgemeinen **Behandlungsrichtlinien** sichern diejenigen Maßnahmen, die Gewähr bieten für eine **ausreichende**, **zweckmäßige** und **wirtschaftliche** Behandlung der Versicherten.[153] Sie sollen eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse sowie den medizinischen Fortschritt berücksichtigende Versorgung der Versicherten gewährleisten und sind auf eine **ursachengerechte**, **zahnsubstanzschonende** und **präventionsorientierte** zahnärztliche Behandlung ausgerichtet.[154] Maßnahmen, die lediglich **kosmetischen** Zwecken dienen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.[155]

Im Regelfall ist von den in den Richtlinien verankerten Grundsätzen auszugehen. Der Kassenzahnarzt kann aber darlegen, dass im **Einzelfall** ein Abweichen wirtschaftlich war oder dass der zu Grunde liegende Erfahrungssatz nicht dem gegenwärtigen Erkenntnisstand entspricht. Der Charakter von Richtlinien zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots trägt damit der **Therapiefreiheit** weitergehend Rechnung als eine strikte Regelung der Abrechenbarkeit.[156]

3.2. Weitere Regelungen

3.2.1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der gemeinsame Bundesausschuss in entsprechenden Richtlinien konkrete Empfehlungen dazu abgegeben hat.[157] Neu sind solche Untersuchungs- und Behand-

---

[152] BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 17/90 -.

[153] So auch die Kriterien des Wirtschaftlichkeitsgebotes, vgl. hierzu Kap. 2.2, S. 18 ff.

[154] A.1. Allgemeine Behandlungsrichtlinien.

[155] A.3. Behandlungsrichtlinien.
Die in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte haben darauf hinzuwirken, dass auch für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten diese Richtlinien kennen und beachten, vgl. A.8. Behandlungsrichtlinien.

[156] BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 17/90 -.

[157] § 135 Abs. 1 SGB V i.V.m. den NUB-Richtlinien vom 01.03.2000; vgl. auch BSG, Urt. v. 16.09.1997 – 1 RK 28/95 -. Diese Empfehlungen beziehen sich auf die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – nach dem jeweiligen Stand

lungsmethoden, die noch **nicht** als **abrechnungsfähige Leistungen** im Bewertungsmaßstab enthalten sind, oder solche, die dort zwar aufgeführt werden, aber eine **wesentliche Änderung** oder **Erweiterung** erfahren haben.[158]

Die Krankenkassen können allerdings auch ohne gerichtliches Verfahren entscheiden, ob neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzuwenden sind, wenn bei dem Versicherten eine akut **lebensbedrohliche Situation** vorliegt und daher die Entscheidung eines Sozialgerichts nicht abgewartet werden kann.[159]

3.2.2. Qualitätssicherung

Die Zahnärzte sind ferner zur **Sicherung** und **Weiterentwicklung** der **Qualität**[160] ihrer Leistungen verpflichtet: Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.[161] Für die Versorgung mit **Füllungen** und **Zahnersatz** sind **Qualitätskriterien** zu beschließen.[162]

---

der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung. Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses beziehen sich ferner auf die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern. Empfehlungen sind schließlich abzugeben über die erforderlichen Aufzeichnungen zur ärztlichen Behandlung. Zur weiteren Konkretisierung wurde am 14.02.2002 auch eine ausführliche Begutachtungsanleitung „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" beschlossen. Vgl. zur Rechtsqualität der Richtlinien als untergesetzliche Rechtsnormen und zur Zulässigkeit der Übertragung von Rechtssetzungsbefugnissen auf die entsprechenden Ausschüsse BSG, Urt. v. 16.09.1997 – 1 RK 32/95 -; *Engelmann*, NZS 2000, S. 1 ff.

158 Nr. 2.1 NUB-Richtlinien.

159 Vgl. zu den weiteren Voraussetzungen, unter denen nach der Rechtsprechung des BSG ausnahmsweise auch ohne entsprechende Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss neue Methoden angewendet und erstattet werden können, ausführlich *Quaas/Zuck*, S. 188, Rn. 106 ff. sowie BSG, Urt. v. 16.09.1997 – 1 RK 28/95 -.

160 Der Begriff „Qualitätssicherung" wird allgemein definiert als „Gestaltung der Aufbauorganisation, der Bestimmung der Verantwortlichkeiten, der Abläufe, Verfahren, Mittel zur Verwirklichung der Qualitätsziele", vgl. *Wachendorf/Wachendorf*, GesR 2003, S. 71 m.w.N. Vgl. zur Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung auch umfassend *Seewald*, S. 434 ff.

161 § 135 a Abs. 1 SGB V. So ist der Zahnarzt beispielsweise verpflichtet, für Füllungen und für die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr zu übernehmen, § 136 b Abs. 2 S. 3 SGB V. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich, § 136 b Abs. 2 S. 5 SGB V. Zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen können auch längere Gewährleistungsfristen vereinbart werden. Die Zahnärzte, die ih-

Vertragszahnärzte wurden mit der Gesundheitsreform 2004 (GMG) auch verpflichtet, sich an **einrichtungsübergreifenden Maßnahmen** der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die **Ergebnisqualität** zu **verbessern**.[163] Zahnärzte sind ferner verpflichtet, **einrichtungsintern** ein **Qualitätsmanagement einzuführen** und **weiterzuentwickeln**.[164] Der Gemeinsame Bundesausschuss gründet hierzu ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges und wissenschaftliches **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit** im Gesundheitswesen.[165]

Zahnärzte sind zu internem Qualitätsmanagement verpflichtet.

3.2.3. Bundesmantelvertrag-Zahnärzte

Der Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) hat demgegenüber im Rahmen der **Wirtschaftlichkeitsprüfung keine maßgebliche Bedeutung**. Es handelt sich um eine Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einerseits und dem Bundesverband der AOK, BKK, IKK und LKK andererseits über die kassenzahnärztliche Versorgung, die dem Berechtigten gegenüber den Krankenkassen nach Gesetz, Satzung und versicherungsrechtlichen Abkommen zusteht.[166] Der BMV-Z datiert jedoch vom 13.11.1985 und ist am 01.01.1986 in Kraft getreten. Angesichts der Neuregelungen des § 106 SGB V, der neu erlassenen WiPrüfVO und der entsprechend zu aktualisierenden Prüfvereinbarungen haben etwaige frühere **Regelungen** des BMV-Z **zur Wirtschaftlichkeitsprüfung** nach Ansicht der *Autorin* heute **keine Bedeutung** mehr.

---

ren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen, § 136 b Abs. 2 S. 9 SGB V.

162 Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen, § 136 b Abs. 2 SGB V.

163 § 135 a Abs. 2 Nr. 1 SGB V.

164 Die neu eingefügten Vorschriften zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sollen die Leistungserbringer im ambulanten Bereich erstmals auch gesetzlich verpflichten, systematisch und umfassend die Qualität ihrer Arbeit zu hinterfragen und Anstrengungen zu unternehmen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern, vgl. Gesetzesbegründung zu § 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 212.
Die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen. Hierbei muss sichergestellt werden, dass die Vertragszahnärzte ausreichend Gelegenheit haben, das Qualitätsmanagement ihren jeweiligen Besonderheiten entsprechend individuell zu entwickeln, vgl. Gesetzesbegründung zu § 136 b SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 215.

165 Er soll zugleich dessen Träger sein, vgl. § 139 a SGB V, neu eingeführt durch die Gesundheitsreform 2004. Vgl. weiter zu Sinn und Zweck die Gesetzesbegründung zu dieser Vorschrift in *SGB V Handbuch*, S. 223 ff.

166 § 1 BMV-Z.

3.3. Prüfgremien

3.3.1. Prüfungs- und Beschwerdeausschuss

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird von den so genannten **Prüfgremien** durchgeführt, die nach Ansicht des Bundessozialgerichts hierdurch mittelbar zur **Stabilität** der gesetzlichen Krankenversicherung **beitragen**.[167]

In der **ersten Instanz** des Verwaltungsverfahrens ist der **Prüfungsausschuss** zuständig. Dieser erlässt nach Abschluss der Wirtschaftlichkeitsprüfung einen **Prüfbescheid**.[168] Sofern einer der Beteiligten gegen den Prüfbescheid **Widerspruch** einlegt, entscheidet hierüber der **Beschwerdeausschuss** als nächst höhere Verwaltungsinstanz.[169] Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sind **paritätisch besetzt** und bestehen aus einer gleichen Anzahl von **Vertretern** der **Krankenkassen** und Vertretern der **Kassenzahnärzte** sowie einem unparteiischen **Vorsitzenden**.[170] Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt zwei Jahre.[171]

Die Prüfgremien

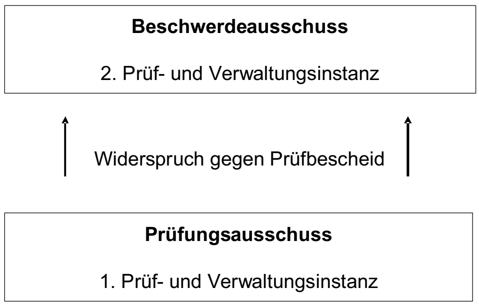


Abbildung 12

---

[167] BSG, Urt. v. 24.08.2001 – B 6 KA 28/01 B -. Die Prüfgremien sind als Behörden im verfahrensrechtlichen Sinne nach den Vorschriften des SGB X oder des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) beteiligtenfähig im Sinne des § 70 Nr. 4 i.V.m. § 51 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGG, vgl. hierzu auch Kap. 3.7.1, S. 52 ff. Eine organrechtliche Stellung in dem Sinne, dass die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse auch Arbeitgeber sein könnten, steht diesen Gremien allerdings nicht zu, vgl. Begründung zu § 1 WiPrüfVO.

[168] Vgl. hierzu Kap. 9.5, S. 291 ff.

[169] Vgl. zum Widerspruchsverfahren Kap. 10.3, S. 299 ff.

[170] Diese Prüfgremien bestehen aus mindestens fünf, meist jedoch sieben Mitgliedern (hinzu kommt ein Protokollführer). Die Zahnärzte befinden sich daher bei einer mündlichen Verhandlung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung - selbst in anwaltlicher Begleitung - in einer einschüchternden Minderheit. Nur das Bundesverfassungsgericht weist eine noch größere Besetzung auf, allerdings nur, sofern der Senat mit acht Richtern (und nicht lediglich eine Kammer mit drei Richtern) entscheidet.

[171] § 106 Abs. 4 S. 3 SGB V.

Der Gesetzgeber hat durch die Regelung über die Besetzung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse zu erkennen gegeben, dass bei der Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung die **medizinische Fachkunde** und die **ärztliche Berufserfahrung** in spezifischer Weise zur Geltung kommen soll.[172]

Die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt durch die Prüfgremien.

Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse können örtlich entweder bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder bei den Krankenkassen angesiedelt werden.[173] Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sind jedoch **rechtlich verselbstständigte, eigenständige Ausschüsse** der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung.[174]

Der **Beschwerdeausschuss** hat außerhalb der Wirtschaftlichkeits-Überwachung bei der **Zahnersatzversorgung** noch eine Fremdaufgabe zu übernehmen: Soll gegen eine Entscheidung des **Prothetik-Einigungsausschusses** (PEA) das Gericht angerufen werden, so ist zuvor die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens erforderlich. Sofern eine besondere Widerspruchsinstanz für den PEA nicht existiert, ist der **Beschwerdeausschuss** als Widerspruchsinstanz zuständig.[175]

3.3.2. Der unabhängige Vorsitzende

Seit der Gesundheitsreform 2004 (GMG) muss jedem Prüfgremium ein **unparteiischer Vorsitzender** vorstehen.[176] Dieser gibt im Falle der Stimmengleichheit den

---

[172] BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.

[173] § 106 Abs. 4 S. 1 SGB V n.F.

[174] BSG, Urt. v. 09.09.1998 - B 6 KA 80/97 R -; ihre Entscheidungen sind allein ihnen selbst zuzurechnen (und von ihnen auch im gerichtlichen Verfahren zu vertreten) und nicht etwa den Körperschaften, bei denen sie örtlich angesiedelt sind; vgl. auch *Dahm*, S. 57, Rn. 152 m.w.N.

[175] BSG, Urt. v. 13.12.2000 – B 6 KA 1/00 R -; *Raddatz* (I), WKR 4.2 - S. 32. Der PEA ist ein Schlichtungsinstrument, das für die Zahnersatzversorgung geschaffen wurde. Er kann gegen Entscheidungen des Zahnersatz-Gutachters angerufen werden. Vgl. weiter zu diesem Thema *Raddatz* (I), WKR 6.7.2, BEMA – Teil 5.

[176] Die gesetzliche Vorgabe eines unabhängigen Vorsitzes der Prüfgremien war (neben der Neuorganisation der Geschäftsstellen, vgl. hierzu Kap. 3.3.4, S. 41 ff.) ein weiterer Grund dafür, dass die Arbeit der neuen Gremien nicht unmittelbar nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2004 aufgenommen werden konnte und teilweise auch das gesamte Jahr 2004 nicht angelaufen ist. Immerhin mussten innerhalb kurzer Zeit für damals 23 KVen (heute nur noch 17 KVen) inklusive der Stellvertreter mindestens 92 - sowohl von Kassenärztlichen Vereinigungen als auch von Krankenkassen akzeptierte - unabhängige Persönlichkeiten gefunden werden, die diese (bezüglich des materiellen Rechts sehr komplexe) Aufgabe ausführen konnten und wollten. Dass hierfür geeigne-

Ausschlag.[177] Die Prüfgremien bestehen folglich aus einer **ungeraden** Mitgliederzahl (typischerweise 7 Mitglieder).

Die Prüfgremien haben seit 2004 einen unabhängigen Vorsitzenden.
Dessen Stimme entscheidet bei Stimmgleichheit.

Der Vorsitzende des Ausschusses muss als unparteiisches Ausschussmitglied **unabhängig** sein. Denn bei Stimmengleichheit zwischen den Ärzte- und Kassenvertretern ist sein Stimmrecht entscheidend, dieses soll unvoreingenommen ausgeübt werden. Der Vorsitzende ist ferner verantwortlich für die **effektive** und **zeitnahe Durchführung** der den Ausschüssen übertragenen Aufgaben.[178]

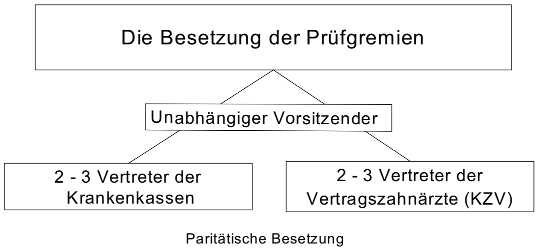


Abbildung 13

3.3.3. Kammern und gemeinsame Ausschüsse

Entgegen der bisherigen Praxis, wonach im Bereich einer KV oder KZV typischerweise mehrere Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse tätig geworden sind, ist

---

te Personen nicht scharenweise zur Verfügung stehen, liegt auf der Hand, vgl. *Filler*, GesR 2004, S. 502 ff.

177 § 4 II WiPrüfVO. Zuvor bestanden die Prüfgremien aus einer gleichen Anzahl von Vertretern der KZV und Krankenkassen. Bei Stimmengleichheit war die Stimme des Vorsitzenden ausschlaggebend, der zugleich ein Prüfmitglied war. Der Vorsitz sollte nicht einseitig von einer „Partei" sowohl im Prüfungs- als auch im Beschwerdeausschuss geführt werden, da beide Parteien typischerweise konträre Auffassungen vertreten. Der Vorsitz im Prüfungs- und Beschwerdeausschuss wechselte daher zwischen den Vertretern der KZV und der Krankenkassen, andernfalls konnte dies als Verfahrensfehler zur Aufhebung der Entscheidung führen, vgl. etwa BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 8/03 R -, vgl. zu diesem Urteil auch Fn. 1235. Diese Schwierigkeiten wurden durch die Einführung des unabhängigen Vorsitzenden beseitigt.

178 Der jeweilige Ausschuss ist befugt, sich eine Geschäftsordnung zu geben, welche die innere Organisation und Besetzung der Ausschüsse der Kammern und weitere Fragen regelt, vgl. Begründung zur WiPrüfVO.

seit 2004 nur noch **ein Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschuss** je Kassenzahnärztliche Vereinigung vorgesehen.[179]

Die Prüforgane können jedoch in so genannte **Kammern** gegliedert werden, soweit dazu Veranlassung besteht. Die Kammergliederung kann hierbei sowohl nach **regionalen** Aspekten (Bezirksebene) als auch nach **fachlichen Aspekten** (Prüfungsarten) ausgestaltet werden.[180] Auch diese Kammern sind mit einem unparteiischen Vorsitzenden und einer gleichen Anzahl von Zahnärztevertretern und Krankenkassenvertretern zu besetzen. Die **Mitgliederzahl** einer Kammer wurde aus „Zweckmäßigkeitsgründen“ auf **mindestens fünf Personen** festgelegt.[181]

Es ist auch möglich, **gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse** über den Bereich eines Landes oder einer KZV hinaus zu bilden. Dies soll die Effizienz der Wirtschaftlichkeitsprüfung erhöhen.[182]

3.3.4. Geschäftsstellen der Prüfgremien

Das **Prüfgeschäft** soll maßgeblich von den **Geschäftsstellen vorbereitet** und **betrieben** werden. Aufgabe der Geschäftsstelle ist es vorrangig, die für die Prüfung **erforderlichen Daten** und **Unterlagen aufzubereiten** und **Feststellungen** zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit **wesentlichen Sachverhalten** zu treffen (zum Beispiel die Feststellung von Praxisbesonderheiten[183]). Die Geschäftsstelle soll schließlich den Prüfgremien sogar einen **Vorschlag** für die Festsetzung von Maßnahmen **unterbreiten**.[184]

Die Geschäftsstellen der Prüfgremien leisten künftig die maßgebliche Vorarbeit.

Während die **Geschäftsstelle der Prüfgremien** bisher gesetzlich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelt war, kann die Geschäftsstelle heute alternativ auch bei einem Landesverband der Krankenkassen oder bei einer „bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land“ errichtet werden.[185]

---

[179] § 106 Abs. 4 S. 1 SGB V.

[180] WiPrüfVO; kritisch zur Kammerbildung *Dahm*, S. 57, Rn. 154.

[181] § 1 Abs. 2 WiPrüfVO.

[182] Diesem Zweck dient auch die Möglichkeit, die Aufgaben der Geschäftsstelle durch eine andere Geschäftsstelle im selben oder in einem anderen Bundesland wahrnehmen zu lassen, sofern sich dies als wirtschaftlich oder zweckmäßig erweist, vgl. § 106 Abs. 4 c SGB V.

[183] Vgl. hierzu Kap. 7.1, S. 139 ff.

[184] § 106 Abs. 4 a SGB V. Kritisch zur Änderung der Funktionen der Geschäftsstellen *Dahm*, S. 59, Rn. 157.

[185] § 106 Abs. 4 a S. 2 SGB V.
Die Neuorganisation der Geschäftsstellen hat zunächst dazu geführt, dass in vielen KV-Bereichen ein völliger Stillstand bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eintrat, da sich

Die Geschäftsstelle erhält eine **fachliche** – aber auch weitgehend **finanzielle** – **Unabhängigkeit**, die unter anderem dadurch gewährleistet werden soll, dass die Entscheidung über die Ausstattung mit Personal- und Sachmitteln künftig von den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen und nicht von der Institution getroffen wird, bei der die Geschäftsstelle angesiedelt ist.[186]

Neu ist ferner, dass sich die Prüfgremien anstelle der Geschäftsstellen auch **unabhängiger Sachverständiger** und anderer **privater Dritter** bedienen können, sofern dies wirtschaftlich und zweckmäßig ist.[187] Die Beauftragung von Sachverständigen bzw. Dritten bedarf allerdings der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde.

---

die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen nicht so schnell über den Ort der Geschäftsstelle einigen konnten. Ursache für diese – für alle Beteiligten äußerst problematische – Situation ist offensichtlich ein im Bereich einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen und auch bei den verschiedenen Kassenverbänden sehr unterschiedlich ausgeprägtes Misstrauen hinsichtlich der Ausübung der Geschäftsstellentätigkeit durch Mitarbeiter, die der Kassenärztlichen Vereinigung zugerechnet werden (und in der Vergangenheit ja auch tatsächlich Mitarbeiter der KVen waren), vgl. *Filler*, GesR 2004, S. 502 ff.

[186] Grund für diese Neuerung ist, dass nach Auffassung des Gesetzgebers die bis Ende 2003 bestehende organisatorisch-institutionelle Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen eine „zentrale Ursache für die geringe Effektivität und die gravierenden Umsetzungsprobleme bei diesen Prüfungen“ gewesen sein soll, vgl. Gesetzesbegründung in *SGB V Handbuch*, S. 174.

[187] § 106 Abs. 4 c SGB V. Damit wollte der Gesetzgeber es ermöglichen, weitere Dienstleister im Gesundheitswesen (z.B. Unternehmen mit Erfahrungen im Prüfgeschäft, der Verarbeitung von Massendaten sowie medizinisch-ökonomischem Know-how) mit der Wahrnehmung der Geschäftsstellenfunktion zu beauftragen; vgl. Gesetzesbegründung zu dieser Vorschrift in *SGB V Handbuch*, S. 175. Ob und inwieweit es tatsächlich bislang erfahrene Unternehmen im Prüfgeschäft gibt, darf bezweifelt werden.

3.4. Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung

3.4.1. Vorgaben des § 106 SGB V

Zahnärzte sollen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen **umfassend** in ihrer Behandlungsweise **überprüft** werden. Das Gesetz unterzieht hierbei die folgenden Kriterien der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit:

- das zur Abrechnung vorgelegte Leistungsvolumen (**Honorar**),
- Überweisungen,
- Krankenhauseinweisungen,
- Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit,[188]
- sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwendige medizinisch-technische Leistungen.[189]

Der Zahnarzt soll umfassend
hinsichtlich seiner Behandlungsweise überprüft werden.

Gegenstand der Beurteilung sind im Rahmen der **Zufälligkeitsprüfungen**[190] - soweit dafür Veranlassung besteht - darüber hinaus:[191]

- die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (**Indikation**),[192]
- die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (**Effektivität**),[193]
- die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (**Qualität**), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,[194]

---

188 Vgl. hierzu auch BSG, Urt. v. 08.05.1985 – 6 RKa 7/84 -.

189 § 106 Abs. 2 S. 3 SGB V.

190 Vgl. hierzu Kap. 4, S. 67 ff.

191 Insgesamt kritisch hierzu *Filler*, GesR 2004, S. 502 ff., der als Praktiker feststellt, dass solche Prüfungen absolut unpraktikabel seien und nur äußerst schwer rechtssicher durchgeführt werden könnten. Die gestellten Prüfungsziele werden nach seiner Ansicht daher weitgehend Theorie bleiben.

192 Aus den Diagnosen ergeben sich die Therapien. Wird hier keine medizinisch sinnvolle Logik erkennbar, liegt Unwirtschaftlichkeit vor, vgl. *Krauskopf*, § 106 SGB V, Rn. 46.

193 Leistungen, die nicht geeignet sind (z.B. zu hoch oder zu niedrig dosiert), das gewünschte Ziel zu erreichen, sind unwirtschaftlich, vgl. *Krauskopf*, § 106 SGB V, Rn. 46.

194 Die Qualität muss sich an Behandlungs- und Verordnungsstandards ausrichten, insbesondere an evidenzbasierten Leitlinien, soweit sie vom Koordinierungsausschuss gem. § 137 e Abs. 3 SGB V beschlossen worden sind, vgl. *Krauskopf*, § 106 SGB V, Rn. 46.

- bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die **Vereinbarkeit** der Leistungen mit dem **Heil- und Kostenplan**.[195]

Wie auch bei der statistischen Vergleichsprüfung müssen hier gleichzeitig die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit beim betreffenden Arzt geprüft werden.[196]

3.4.2. Abgrenzungsfragen

Die **Unterscheidung** zwischen **Wirtschaftlichkeitsprüfung**, **sachlicher Richtigstellung** und „**sonstigem Schaden**" ist im Zahnarztbereich besonders schwierig. Als „sonstiger Schaden" wurden beispielsweise medizinisch nicht bzw. nicht in dieser Weise indizierte - durch einen MKG-Chirurgen veranlasste – Anästhesieleistungen angesehen.[197] Eine **sachlich-rechnerische Berichtigung** wurde vorgenommen für Leistungen, die nicht dokumentiert waren und daher als nicht erbracht angesehen wurden.[198]

Im Übrigen kommt es im zahnärztlichen Bereich im Gegensatz zur ärztlichen Behandlung wesentlich häufiger zu **Beanstandungen**, beispielsweise wegen erforderlicher Wiederholungsfüllungen, Nachbesserungen beim Zahnersatz oder nicht verwertbarer Röntgenaufnahmen. In diesem Falle kann auch die Leistung nicht **abgerechnet** werden, da dies eine **fehlerfreie Leistungserbringung** voraussetzt. Dies ergibt sich schon aus den Prinzipien des allgemeinen Vertragsrechts, wonach die in Geld geschuldete Gegenleistung nur fällig wird bei vollständiger und mangelfreier Erbringung der beauftragten Hauptleistung.

---

195 § 106 Abs. 2 a SGB V.

196 *Krauskopf*, § 106 SGB V, Rn. 47.

197 LSG NRW, Urt. v. 15.09.2004 – L 11 KA 58/02 -.

198 Vgl. etwa LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 3 KA 510/02 -; vgl. zur Dokumentationspflicht auch Kap. 6.9.2, S. 134 ff.
Beruhen signifikant hohe Überschreitungswerte eines Arztes teilweise auf einer unrichtigen Anwendung der Leistungslegende, sind im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die Prüfgremien zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung befugt. So hatte beispielsweise ein Orthopäde die Gebühren-Nr. „Inanspruchnahme zur Unzeit" im Rahmen von laufenden Behandlungen und bis zu 6-mal in „kurztägigen" Abständen angesetzt. Dies bedeutete – eine korrekte Abrechnung unterstellt –, dass der Arzt routinemäßig Dauerpatienten auch vor 08:00 Uhr und nach 20:00 Uhr behandelt und zu diesen Zeiten seine Sprechstunde abgehalten hatte. In diesem Fall ist diese Gebühren-Nr. 5 EBM-Ä indessen nicht berechnungsfähig, was sich aus den amtlichen Erläuterungen zu dieser Gebühren-Nr. ausdrücklich ergibt, BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R -. Vgl. hierzu im **zahnärztlichen Bereich** BEMA-Nr. 03 (Zu), Kap. 8.3, S. 162 ff.

Im Falle der **mangelhaften Behandlung** ist zunächst die KZV zur sachlichen Richtigstellung oder zur **nachträglichen Berichtigung** der Abrechnung befugt. Sie ist hierzu sogar verpflichtet, sofern die betroffene Kasse ein eventuelles Antragsrecht auf sachliche Berichtigung wahrnimmt.[199] In jedem Fall besteht – zumindest auch – eine Unwirtschaftlichkeit.[200]

Von der Wirtschaftlichkeitsprüfung abzugrenzen ist schließlich die **Plausibilitätsprüfung**, die seit der Gesundheitsreform 2004 (GMG) ebenfalls eine besondere **Aufwertung** erfahren hat.[201] Die Plausibilitätsprüfung wird von der KZV durchgeführt und dient - im Gegensatz zur sachlich-rechnerischen Berichtigung und Wirtschaftlichkeitsprüfung - nicht der Korrektur, sondern der **Feststellung** von **Abrechnungsauffälligkeiten**. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der **Umfang** der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen **Zeitaufwand** des Vertragsarztes nach Maßgabe von **Zeit- und Tagesprofilen** (regelhafte Plausibilitätsprüfung).[202] Diese kann jedoch erweitert und ergänzt werden, je nach Anhaltspunkt und Aufgreifkriterien der jeweiligen KVen.[203] Überprüft werden hierbei auch die abgerechneten Sachkosten.[204]

---

199 BSG, Urt. v. 13.01.1991, - 6 RKa 35/89 -; vgl. auch *Hesral*, S. 239, Rn. 820.

200 Von der rechtlichen Qualifizierung der Abrechnungsfähigkeit kann daher die Zuständigkeit des jeweiligen Gremiums für den Erlass der entsprechenden Maßnahme abhängen. So hatte beispielsweise ein Arzt neben Anästhesien zur Schmerztherapie auch Infusionen berechnet, was nach den Vorschriften des EBM-Ä („Anästhesien zur Schmerztherapie“) ausdrücklich ausgeschlossen war. In einem solchen Fall handelt es sich nicht um eine unwirtschaftliche Leistung, sondern um eine sachlich unberechtigte Abrechnung des Arztes. Auch die Prüfgremien sind (neben der KZV) insoweit befugt, in begrenztem Umfang sachlich-rechnerische Berichtigungen im Rahmen der eingeleiteten Wirtschaftlichkeitsprüfung vorzunehmen. Ihnen steht insoweit eine so genannte Annex-Kompetenz zu. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung ist demgegenüber nicht befugt, unwirtschaftliche Abrechnungen selbst zu korrigieren, vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R -.

201 § 106 a SGB V.

202 Kritisch hierzu wegen der Besonderheiten der zahnärztlichen Leistungserbringung, die sich oftmals über mehrere Behandlungstage oder über einen längeren Zeitraum erstreckt, *Muschallik*, S. 486, Rn. 60.

203 Zur Plausibilitätsprüfung wurden im April 2005 so genannte „Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen“ erlassen. Vgl. weiter zur Plausibilitätsprüfung *Steinhilper*, in Rieger und in MedR 2004, S. 597 ff.; KassKomm, *Hess,* § 106 a SGB V; *Krauskopf*, § 106 a SGB V; *Pollant*, ArztR 2005, S. 99 ff.

204 § 106 a Abs. 2 SGB V.

3.5. Prüfmethoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung

3.5.1. Übersicht

Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Behandlung kann durch **verschiedene Prüfmethoden** erfolgen. Diese sind entweder im Gesetz[205] oder in der Prüfvereinbarung vorgesehen.[206] Hierbei kommen die folgenden Prüfmethoden in Betracht:

- **Zufälligkeitsprüfung** (Stichprobenprüfung),[207]
- **Statistische Vergleichsprüfung** (Auffälligkeitsprüfung),[208]
    - anhand des Vergleichs mit der Fachgruppe (Fachgruppenvergleich),
    - anhand des Vergleichs mit den eigenen Fallwerten aus Vorquartalen (Vertikalvergleich),
- **Einzelfallprüfung**,[209]
    - als strenge Einzelfallprüfung,
    - als repräsentative / eingeschränkte Einzelfallprüfung mit Hochrechnung,
    - beispielhafte Einzellfallprüfung.

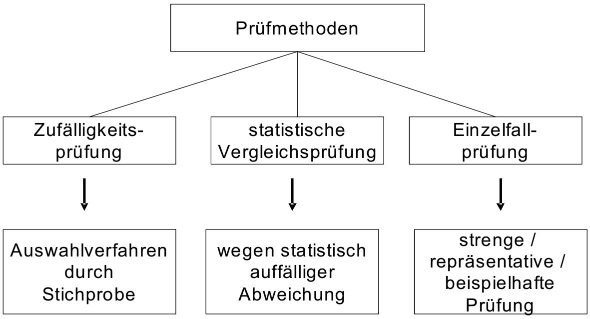


Abbildung 14

---
[205] § 106 Abs. 2 SGB V.
[206] Vgl. zur Prüfvereinbarung Kap. 3.1.2, S. 32 ff.
[207] Vgl. hierzu Kap. 4, S. 67 ff.
[208] Vgl. hierzu ausführlich Kap.6, S. 91 ff.
[209] Vgl. hierzu Kap. 5, S. 77 ff.

3.5.2. Zulässigkeit weiterer Prüfmethoden

Die im Gesetzeswortlaut genannten Prüfungsarten sind verbindlich, aber nicht abschließend. Der **Gesetzgeber** wollte unter Berücksichtigung der jahrzehntelangen Rechtsprechung eine **Schwerpunktbildung** vornehmen, ohne jedoch andere von der Rechtsprechung anerkannte Prüfungsarten auszuschließen. Die Vertragspartner können daher auch andere Prüfmethoden vereinbaren.

Die Prüfgremien können bei Bedarf auch weitere Prüfmethoden anwenden.

Auch nach Ansicht des **Bundessozialgerichts** steht es den Prüfgremien grundsätzlich frei, **weitere Prüfmethoden** anzuwenden, selbst wenn diese nicht ausdrücklich in einer Prüfvereinbarung vereinbart sind. Voraussetzung ist jedoch, dass die gesetzlich vorgesehenen Prüfmethoden sowie die in den Prüfvereinbarungen geregelten Prüfungsarten **keine verwertbaren Ergebnisse** erbringen können.[210]

So gilt als zulässige statistische Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten beispielsweise auch der Vergleich verschiedener Abrechnungsquartale eines Arztes miteinander (sog. **Vertikalvergleich**),[211] das Erstellen von **Tagesprofilen** anhand der abgerechneten Leistungen sowie die **repräsentative** Einzelfallprüfung.[212] Denn die den Prüfgremien obliegende **Pflicht** zur **umfassenden Sachverhaltsaufklärung**[213] bedeutet, dass die Prüfinstanzen bei der Ermittlung des Sachverhalts nicht auf die eingeführten Prüfmethoden beschränkt werden können. Sie sind vielmehr **berechtigt**, **alle** zulässigen **Erkenntnisquellen** heranzuziehen, die Schlüsse auf die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Arztes zulassen.

3.5.3. Neuregelung durch die Gesundheitsreform 2004

Mit der Gesundheitsreform 2004 (GMG) wurde die bisherige **Regelprüfmethode** der **statistischen Vergleichsprüfung**[214] als verpflichtende Prüfmethode im Gesetz

---

[210] BSG, Urt. v. 30.11.1994 – 6 RKa 14/93 -.

[211] BSG, Urt. v. 30.11.1994 – 6 RKa 14/93 -; *Dahm*, S. 48, Rn. 131; vgl. hierzu Kap. 6.3.3, S. 100 ff.

[212] BSG, Urt. v. 08.04.1992 - 6 RKa 27/90 -; *Raddatz* (I), WKR 5.3 - S. 15. In dem vom Bundessozialgericht entschiedenen Fall standen vergleichbare Praxen für die Bildung einer statistischen Vergleichsgruppe nicht zur Verfügung. Eine Einzelfallprüfung im eigentlichen Sinne kam ebenfalls nicht in Betracht. Vgl. zur Einzelfallprüfung auch Kap. 5, S. 77 ff.

[213] Vgl. Kap. 6.9.4, S. 136 ff.

[214] Vgl. hierzu Kap. 6, S. 91 ff.

gestrichen. Die vom Gesetzgeber **favorisierte Methode** ist heute die **Zufälligkeitsprüfung** (oder auch Stichprobenprüfung).[215]

Die statistische Vergleichsprüfung ist im Gesetz nicht mehr vorgesehen.
Der Gesetzgeber hält die Zufälligkeitsprüfung für effizienter.

Es steht den Vertragspartnern allerdings nach dem neuen Gesetzeswortlaut ausdrücklich frei, die statistische Vergleichsprüfung auch künftig als **Prüfmethode** in der **Prüfvereinbarung** vertraglich zu vereinbaren.[216] Diese Prüfmethode wird damit zwar erhalten bleiben, soll jedoch künftig **nachrangig** sein.

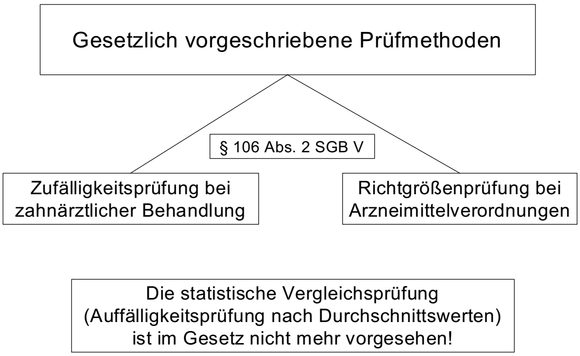


Abbildung 15

Die massiven Änderungen der Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung hatten zunächst zur **Konsequenz**, dass die vom **Gesetzgeber** damit verbundene **Erwartung** einer effektiveren und effizienteren Prüfung **nicht zu erfüllen** war: Denn wesentliche Voraussetzungen (z.B. die Installation arbeitsfähiger Prüfungseinrichtungen oder die Etablierung der Geschäftsstellen) nahmen aus verschiedenen Gründen oftmals bis zu einem Jahr und länger Zeit in Anspruch.

Ob die erstrebte Effektivität und Effizienz durch Änderung der Priorität der Prüfmethoden, die Installation unabhängiger Vorsitzender und die Verselbstständigung der Stellung der Geschäftsstelle, tatsächlich erreicht wird, darf **bezweifelt** werden, insbesondere wenn die **Motive** (Misstrauen, Verärgerung) ins Kalkül gezogen werden.[217] Die kommenden Jahre werden zeigen, ob und inwieweit die Umstrukturierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung tatsächlich erfolgreich ist und gleichzeitig zu einer Verminderung der von den Zahnärzten und Ärzten veranlassten Gesamtausgaben beitragen kann.

---

215 Vgl. hierzu ausführlich Kap. 4, S. 67 ff.
216 § 106 Abs. 2 S. 4 SGB V.
217 *Filler*, GesR 2004, S. 502 ff.

3.6. Einleitung des Prüfverfahrens

3.6.1. Einleitung ohne Prüfantrag

Das Prüfverfahren wird heute nicht mehr auf Antrag – etwa einer Krankenkasse oder der KZV – eingeleitet. Vielmehr obliegt es den Prüfgremien selbstständig, gegen einen Zahnarzt ein Prüfverfahren einzuleiten, sofern sie hierzu aufgrund des Gesetzes oder der Prüfvereinbarung verpflichtet sind. So muss etwa die **Zufälligkeitsprüfung zwingend** in jedem Quartal bei **zwei Prozent** aller (Zahn)Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden, ohne dass ein besonderer Prüfantrag erforderlich ist.[218]

Die Zufälligkeitsprüfung muss zwingend bei 2 % aller Ärzte durchgeführt werden. Ein Prüfantrag ist nicht erforderlich.

3.6.2. Einleitung nach Prüfantrag

Eine **Pflicht** zur Stellung eines **Prüfantrags** ist im Gesetz nur noch für die **Einzelfallprüfung**[219] vorgesehen: Diese soll auf Antrag der **KZV**, der **Krankenkasse** oder ihres **Verbandes** durchgeführt werden - etwa wenn im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung[220] auch Unwirtschaftlichkeiten der abgerechneten Leistungen festgestellt worden sind.[221]

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung kann stets auch auf besonderen Prüfantrag durchgeführt werden.

Auch künftig können die Vertragspartner als Voraussetzung für die Einleitung eines Prüfverfahrens eine **Antragspflicht vereinbaren**.[222] Sofern für die **statistische Vergleichsprüfung** entsprechende Anträge und **Antragsfristen** vorgesehen sind, werden diese als **verbindlich** zu gelten haben, da den Vertragspartnern gera-

218 § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V; vgl. zur Zufälligkeitsprüfung ausführlich Kap. 4, S. 67 ff. Werden bei den Arzneimittelverordnungen die für jede Fachgruppe vorgegebenen Richtgrößen um mehr als 25 % überschritten, muss auch in diesem Fall zwingend eine Richtgrößenprüfung durchgeführt werden, ohne dass etwa die Krankenkassen einen gesonderten Antrag stellen müssen, vgl. § 106 Abs. 5 a S. 3 SGB V.

219 Vgl. zur Einzelfallprüfung Kap. 5, S. 77 ff.

220 Nach § 106 a Abs. 2 SGB V; vgl. hierzu auch Kap. 3.4.2, S. 44 ff.

221 § 106 Abs. 3 S. 3 SGB V. In diesem Fall werden die Prüfgremien die beantragte Wirtschaftlichkeitsprüfung nur mit triftigen und nachvollziehbaren Gründen ablehnen dürfen.

222 Durch die Prüfvereinbarung können die antragstellenden Institutionen jedoch nicht verpflichtet werden, sich bereits in dem Antrag auf das Ziel der Prüfung und die begehrte Prüfmethode festzulegen.

de für diese Prüfmethode durch den Gesetzgeber Vertragshoheit mit Normsetzungskompetenz zugebilligt worden ist.[223] Sieht die Prüfvereinbarung im Rahmen eines Antragsverfahrens eine **Begründungspflicht** innerhalb bestimmter Fristen vor, so ist dies jedoch **nicht verbindlich** und kann keine Rechtsfolgen zu Lasten der antragstellenden Institutionen auslösen.[224]

Der **Prüfantrag** behält einen eigenen Stellenwert insofern, als der betroffene Zahnarzt erst hierdurch von der **Einleitung** einer Wirtschaftlichkeitsprüfung **Kenntnis** erhält und sich erst jetzt im Rahmen seines Anspruchs auf **„rechtliches Gehör“**[225] zu dem Antrag äußern kann. Fehlt daher ein Antrag oder wird dieser mangelhaft begründet, wird insoweit auch die Mitwirkungspflicht des Zahnarztes[226] relativiert, so dass ihm gegebenenfalls auch später noch – beispielsweise noch im gerichtlichen Verfahren – Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden muss. Dies gilt insbesondere, falls sich die Prüfungsziele ändern.[227]

3.6.3. Vorauswahl

Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung findet bislang häufig erst nach vorheriger Abstimmung zwischen den Krankenkassen und der KZV statt, die als so genannte „**Vorauswahl**“ bezeichnet wird. Gemeinsam ist jeder Vorauswahl, dass für die Entscheidung der Frage, ob eine Prüfung durchgeführt werden soll oder nicht, in der Regel lediglich die **Honorarstatistiken** des Zahnarztes und der Fachgruppe bzw. einer verfeinerten Vergleichsgruppe zur Verfügung stehen.[228] Dies kann jedoch für eine erste Beurteilung durchaus genügen.

Der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird oft eine Vorauswahl vorgeschaltet.

Ein derart abgestimmtes Vorgehen kommt in erster Linie den betroffenen **Zahnärzten** zugute, die dadurch häufig vor unsinnigen oder von vornherein erfolglosen Prüfungen „bewahrt“ werden können. Die Vorauswahl ist jedoch auch **sinnvoll** im

---

[223] Der Prüfantrag einer Krankenkasse ist (wegen des Grundsatzes der Einheitlichkeit der Rechtsprechung) aber nicht deshalb verspätet, weil er innerhalb der Antragsfrist statt an die zuständige Stelle (Prüfungsausschuss oder KÄV) an die unzuständige Stelle gerichtet worden und der zuständigen Stelle nicht vor Fristablauf zugegangen ist, vgl. BSG, Urt. v. 16.01.1991 – 6 RKa 24/89 -.

[224] BSG, Urt. v. 27.06.2001 – B 6 KA 66/00 R -; *Dahm*, S. 65, Rn. 171. Allerdings wäre dies im Hinblick auf die Mitwirkungspflicht des Arztes durchaus sinnvoll, vgl. *Dahm*, S. 65, Rn. 171.

[225] Vgl. hierzu Kap. 3.8.1, S. 58 ff.

[226] Vgl. hierzu Kap. 6.9.1, S. 133 ff.

[227] So zutreffend *Dahm*, S. 65, Rn. 173.

[228] Eine entsprechende gesetzliche Regelung ist insoweit nicht vorgesehen, die Kriterien einer Vorauswahl sind daher typischerweise in der Prüfvereinbarung geregelt.

Hinblick auf die mit der Prüfung **verbundenen Kosten**. Denn diese sind von den Krankenkassen und den KZVen zu tragen[229] und werden nur dann amortisiert, wenn durch die Prüfung auch Unwirtschaftlichkeiten festgestellt werden, die durch entsprechende Honorarkürzung zurückgefordert werden können.

3.6.4. Frist und Verjährung

Der gesetzliche Anspruch auf wirtschaftliches Verhalten kann zwar nicht verjähren.[230] Denn der Verjährung unterliegt nur das Recht, von einem anderen ein Tun oder Unterlassen zu verlangen (Anspruch). Rechte, die keine Ansprüche sind, unterliegen demgegenüber nicht der Verjährung. Dies gilt insbesondere für Gestaltungsrechte.[231] Dennoch muss der Prüfbescheid innerhalb von **vier Jahren** nach Zustellung des vorläufigen Honorarbescheids **bekannt gegeben** werden.[232]

Es handelt sich um eine so genannte **Ausschlussfrist**, die nur dann verlängert werden kann, wenn sich der Vertragszahnarzt selbst durch Verhinderung oder Verschleppung des Verfahrens **rechtsmissbräuchlich** verhalten haben sollte.[233] Die vierjährige Frist wird entweder durch Zustellung des Prüfbescheides oder durch Erhebung einer Untätigkeitsklage (etwa einer Krankenkasse oder der KZV) sowie durch die Beiladung des Zahnarztes zum Verfahren **unterbrochen**.[234] Insofern gelten dieselben Grundsätze wie bei der Unterbrechung einer Verjährungsfrist.[235]

Der Prüfbescheid muss 4 Jahre nach Übersendung der Honorar-Quartalsabrechnung ergehen.

229 Vgl. hierzu Kap. 10.6.1, S. 319 ff.
230 BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a RKa 37/91 -.
231 Das Recht des Prüfungsausschusses, den Honoraranspruch endgültig und entsprechend dem Prüfungsergebnis anders als im Honorarbescheid festzusetzen, ist nicht auf ein Tun oder Unterlassen des Kassen(zahn)arztes gerichtet. Es ist jedenfalls kein Anspruch, sondern eher einem Gestaltungsrecht vergleichbar, vgl. BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a/6 RKa 37/91 -.
232 BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a/6 RKa 37/91 -. (Anders noch BSG, Urt. v. 16.01.1991 – 6 RKa 10/90 -, wonach der gegen den Kassen(zahn)arzt gerichtete Anspruch auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit seiner Leistungen in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres der ordnungsgemäßen Abrechnung verjähre.).
233 Vgl. zur Verjährungsfrist des Anspruchs auf Feststellung eines „sonstigen Schadens" von 4 Jahren BSG, Urt. v. 28.08.1996 – 6 RKa 88/95 - (hier Schadensersatzanspruch aus kieferorthopädischer Behandlung).
234 Entsprechend § 52 Abs. 1 SGB X.
235 BSG, Urt. v. 20.09.1995 – 6 RKa 40/94 -; vgl. auch *Dahm*, S. 77, Rn. 205.

3.7. Durchführung des Prüfverfahrens

3.7.1. Beteiligte des Verfahrens

An der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind nicht nur die jeweils geprüften Zahnärzte und die Prüfgremien beteiligt.[236] Vielmehr kennt dieses Verfahren noch weitere so genannte „**Beteiligte**“, die in dieser Eigenschaft auch entsprechende **Rechte** und **Pflichten** haben.[237] Hierzu gehört das Recht auf **Benachrichtigung** über das Prüfverfahren und die **Anhörung** im Prüfverfahren. Beteiligte des Prüfverfahrens haben ferner das Recht, gegen einen Prüfbescheid **Widerspruch** oder **Klage** einzulegen.[238] Schließlich können Beteiligte auch einen zwischen dem Zahnarzt und den Prüfgremien geschlossenen **Vergleich anfechten**.[239]

Verfahrensbeteiligte haben besondere Rechte und Pflichten.

An der Wirtschaftlichkeitsprüfung **beteiligt** sind der geprüfte **Zahnarzt**, der **Prüfungs**- und **Beschwerdeausschuss**,[240] die **KZV** sowie die **Krankenkassen** und die Landesverbände der Krankenkassen.[241] Die Verfahrensbeteiligung eines KV- oder Krankenkassenbediensteten (beispielsweise als Mitglied des Beschwerdeausschusses) ist hierbei im Übrigen selbst dann zulässig, wenn derselbe Bedienstete zuvor den Widerspruch gegen den Prüfbescheid des Prüfungsausschusses begründet hatte.[242]

3.7.2. Datenübermittlung

3.7.2.1. Rechtliche Vorgaben

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist allein auf der Grundlage derjenigen **Daten** durchzuführen, die den **Geschäftsstellen** in der gesetzlich vorgeschriebenen Weise **übermittelt** werden.[243] Hierzu übermitteln die **Kassen(zahn)ärztlichen Verei-**

---

236 Als Antragsteller und Antragsgegner i.S.d. § 12 SGB X.
237 Vgl. § 12 SGB X mit entsprechender Kommentierung in *von Wulffen*.
238 § 106 Abs. 5 S. 3 SGB V; vgl. hierzu auch Kap. 10.3, S. 299 ff. und Kap. 10.4, S. 305 ff.
239 Vgl. hierzu Kap. 9.3.3, S. 282.
240 § 70 Nr. 4 SGG; vgl. auch *Reinhold*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 145, Rn. 492.
241 § 106 Abs. 5 S. 3 SGB V.
242 Dies ergibt sich aus der Sonderregelung des § 16 Abs. 2 S. 2 SGB X, die nach Ansicht des BSG auch nicht einengend zu interpretieren ist, vgl. BSG, Urt. v. 19.03.1997 – 6 RKa 35/95 -.
243 Vgl. zu den Voraussetzungen und Anforderungen an die Datenübermittlung bei Zufälligkeitsprüfungen Kap. 4.2.3, S. 72 ff.

nigungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen aus den Abrechnungsunterlagen der Vertragsärzte für jedes Quartal **folgende Daten**: Arztnummer, Kassennummer, die abgerechneten Behandlungsfälle, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen, gegebenenfalls unter Verschlüsselung der Diagnose.[244]

Kassenzahnärztliche Vereinigung und Krankenkassen
liefern die notwendigen Daten.

Die **Krankenkassen übermitteln** den Geschäftsstellen für jedes Quartal **folgende Daten**: Arztnummer des verordnenden Arztes, Kassennummer, Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verband- oder Heilmittel.[245] Die **Ärzte** sind verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Geschäftsstelle die für die Prüfung erforderlichen **Befunde vorzulegen**.[246]

Die Prüfung muss jedoch nicht anhand von **Originalbelegen** durchgeführt werden.[247] Denn der Gesetzgeber sieht die arztbezogene Zusammenführung der Unterlagen angesichts der Vielzahl von Krankenkassen als nicht vertretbaren Verwaltungsaufwand an.

Originalbelege müssen nicht übermittelt werden.

3.7.2.2. Zweifel an der Richtigkeit der Daten

Macht der Zahnarzt allerdings **Zweifel** an der **Richtigkeit der Daten** geltend, muss aufgrund des Amtsermittlungsgrundsatzes[248] zumindest stichprobenhaft eine **Überprüfung** anhand von **Originalbelegen** oder entsprechenden Kopien der Belege durchgeführt werden.

Kann der Zahnarzt überzeugend darlegen, dass die Daten unzutreffend sind,
muss eine Überprüfung anhand von Originalbelegen bzw. Kopien erfolgen.

Dies ergibt sich inzwischen auch **explizit** aus dem **Gesetz**:[249] Danach entscheidet der Prüfungsausschuss, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Rich-

---

244 § 296 Abs. 1 SGB V.
245 § 296 Abs. 2 SGB V.
246 § 296 Abs. 4 SGB V.
247 Neuregelung seit der Gesundheitsreform 2004 ab 1. Januar 2004, vgl. §§ 296 und 297 SGB V im Anhang, vgl. hierzu auch BSG, Urt. v. 27.04.2005 – B 6 KA 1/04 -.
248 § 20 SGB X; vgl. hierzu auch Kap. 6.9.4, S. 136 ff.
249 § 106 Abs. 2 c S. 2 SGB V.

tigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder aus Kopien dieser Belege zu überprüfen ist.

Voraussetzung ist jedoch, dass der Zahnarzt seine **Zweifel** an der Richtigkeit der Daten **substantiiert** und **begründet** darlegt.[250] Eine pauschale Behauptung der Unrichtigkeit der übermittelten Daten wird daher nicht ausreichen. Kann der Zahnarzt allerdings nachweisen, dass beispielsweise die an die Geschäftsstelle übermittelten Daten in nennenswerter Weise nicht mit seinen **eigenen computererfassten Daten** übereinstimmen, dürfte dies zu einer Umkehr der Beweislast zu Lasten der Geschäftsstellen bzw. der Prüfgremien führen.[251] Denn angesichts des sanktionsähnlichen Charakters der Honorarkürzungen und Regresse müssen sich die Zahnärzte darauf verlassen können, dass der Wirtschaftlichkeitsprüfung zuverlässige und zutreffende Daten und Werte zugrunde gelegt werden.

3.7.3. Neues Quartal – neue Prüfung

Prüfbescheide wegen Unwirtschaftlichkeit müssen für jedes Quartal neu angefochten werden, selbst wenn es sich um dieselben geprüften Ziffern und dieselben Sachverhalte handelt. Umgekehrt sind auch die Prüfgremien verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit für **jedes Quartal** erneut und **gesondert** zu **überprüfen** und in jedem Quartal eine eigene Abwägung hinsichtlich der zu treffenden Maßnahmen vorzunehmen.[252] Eine **pauschale Einbeziehung** weiterer Quartale ohne konkrete Prüfung wäre daher **unzulässig.**[253]

Andererseits müssen sich die Prüfgremien auch vor dem Hintergrund des verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatzes[254] nicht an früheren Entscheidungen festhalten lassen. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass die Prüfgremien in vorherigen Quartalen zu niedrige Honorarkürzungen vorgenommen haben und die Prüfmaßnahme daher möglicherweise rechtswidrig war.

Kein schutzwürdiges Vertrauen in das Verhalten und die Beurteilung der Prüfgremien bei früheren Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

In eine **rechtswidrige Verwaltungsentscheidung** kann ein Betroffener daher **kein schutzwürdiges Vertrauen** mit Wirkung **für die Zukunft** gründen und darauf hoffen, dass bei gleicher Sachlage wiederum in gleicher Weise entschieden werden müsste. Denn die Rechtsordnung kennt keinen Anspruch auf Gleichbe-

[250] BSG, Urt. v. 27.04.2005 – B 6 KA 1/04 -.
[251] Vgl. hierzu auch *Dahm*, S. 71, Rn. 191 ff.
[252] BSG, Urt. v. 27.04.1982 – 6 RKa 7/79 -.
[253] Im Fall gleich gelagerter Sachverhalte kann aber in der Begründung auf vorherige Prüfbescheide verwiesen werden, vgl. hierzu Kap. 9.5.3.2, S. 294 ff.
[254] Art. 3 Abs. 1 GG.

handlung im Unrecht.[255] Vielmehr ist **die Bindung der Verwaltung** an **Gesetz und Recht** und damit die Realisierung des **Rechtsstaatsprinzips**[256] vorrangig vor dem Vertrauen der geprüften Ärzte in die auch künftige Aufrechterhaltung bisheriger Prüfentscheidungen.[257]

Kein Anspruch auf Kontinuität oder Gleichbehandlung
bei unrichtigen Entscheidungen.

3.7.4. Prüfarzt und Prüfbericht

Die Prüfung erfolgt regelmäßig in der Weise, dass ein **Mitglied** des **Prüfgremiums** oder ein **externer Prüfreferent** das Datenmaterial überprüft und anhand der jeweils vorgegebenen Prüfmethode einen **Prüfbericht** erstellt.

Zulässig ist es hierbei, dass an der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch solche Prüfärzte teilnehmen, die bei der KZV oder den Krankenkassen hauptberuflich beschäftigt sind.[258] Das Bundessozialgericht hat es auch nicht für erforderlich angesehen, dass die Prüfgremien nur solche Prüfärzte heranziehen dürfen, welche dieselbe **fachliche Ausrichtung** haben wie die geprüften Ärzte. Die Prüfgremien seien vom Gesetz her als fachkundig zusammengesetzte Einrichtungen konzipiert, die grundsätzlich selbst die erforderliche **medizinische Sachkunde** haben.[259]

Es ist daher auch **kein Verfahrensfehler**, wenn die Prüfgremien zur Beurteilung des Sachverhaltes überhaupt **keinen Sachverständigen** hinzuziehen. Denn sie sind (auch) mit Kassenärzten besetzt, und werden daher in der Regel in der Lage sein, die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung bedeutsamen ärztlichen Fragen zutreffend zu würdigen.[260]

---

[255] Vgl. hierzu nur BVerfG, Beschl. v. 17.01.1979 – 1 BvL 25/77 -; BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -.

[256] Art. 20 Abs. 3 GG.

[257] Vgl. zum Vertrauensschutz auch Kap. 9.4.4, S. 289 ff.

[258] Denn entgegen dem verfahrensrechtlichen Mitwirkungsverbot des § 16 Abs. 1 SGB X enthält § 16 Abs. 2 SGB X aufgrund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen Ausnahmeregelungen, die der Tatsache Rechnung tragen, dass die Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf die Mitwirkung von Personen angewiesen sind, die bei einem Verfahrensbeteiligten hauptberuflich tätig sind, vgl. BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 58/94 -.

[259] BSG, Urt. v. 28.06.2000 – B 6 KA 36/98 R -. Die anwaltliche Praxis zeigt allerdings, dass dieser Sachverstand – insbesondere im Rahmen der vielfältigen ärztlichen Fach- und Schwerpunktgebiete - keinesfalls grundsätzlich vorausgesetzt werden kann.

[260] BSG, Urt. v. 08.05.1985 – 6 RKa 24/83 -.

3.7.5. Nichtöffentlichkeit des Verfahrens

Das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist **nicht öffentlich**. Am Verfahren nicht Beteiligte **externe Dritte** können daher – im Gegensatz zu den Verfahren vor Gericht - der **Sitzung nicht beiwohnen**. Der geprüfte **Zahnarzt** sowie sein **Anwalt** oder Rechtsbeistand sind selbstverständlich **berechtigt**, an der Sitzung teilzunehmen, sofern die Prüfvereinbarung eine **mündliche Anhörung** ausdrücklich vorsieht. Die Prüfgremien können auch Sachverständige und Gutachter anhören. Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle, die das Protokoll führen und die Bescheide formulieren, sind ebenfalls berechtigt, an der Sitzung teilzunehmen, sie gelten nicht als „Öffentlichkeit".

Die **Beschlüsse**, die das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung darstellen und im Prüfbescheid zu fixieren sind,[261] werden nach **geheimer Beratung** unter Ausschluss der am Verfahren Beteiligten[262] gefasst. Über den Gegenstand der Verhandlung ist ein Protokoll zu führen. Über den notwendigen Inhalt des **Protokolls** enthalten die Prüfvereinbarungen in der Regel nähere Hinweise.

3.7.6. Beurteilungs- und Ermessensspielraum der Prüfgremien

Den Prüfgremien steht bei der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ein **Beurteilungs- und Ermessensspielraum** zu.[263] Dieser bezieht sich insbesondere auf folgende Entscheidungen:

- Auswahl der Prüfmethode,[264]
- Festlegung der statistischen Methode,[265]
- Festlegung der Grenzwerte,[266]
- Art und Umfang der Sachverhaltsaufklärung,[267]
- Würdigung der vom Zahnarzt vorgetragenen Praxisbesonderheiten,[268]

---

261 Vgl. hierzu Kap. 9.5, S. 291 ff.
262 Zahnarzt, Krankenkasse oder KZV.
263 Vgl. zur damit verbundenen Beschränkung der gerichtlichen Überprüfbarkeit von Prüfbescheiden auch Kap. 10.4.7, S. 311 ff.
264 Vgl. zu den Prüfmethoden in der Wirtschaftlichkeitsprüfung Kap. 3.5, S. 46 ff.
265 BSG, Urt. v. 02.06.1987 – 6 RKa 23/86 -; vgl. zu den statistischen Methoden Kap. 6.2.3., S. 96 ff. und Kap. 6.4.5, S. 106 ff.
266 BSG, Urt. v. 28.10.1992 – 6 RKa 3/92 - mit Hinweisen zu den Besonderheiten eines Leistungssparten- oder Einzelleistungsvergleiches; vgl. zu den Grenzwerten auch Kap. 6.4, S. 102 ff.
267 Vgl. hierzu Kap. 6.9.4, S. 136 ff.
268 Vgl. hierzu Kap. 7.1, S. 139 ff.

- Schätzung des Mehraufwandes, der auf unwirtschaftliche Behandlungs- oder Verordnungsweise zurückzuführen ist, soweit eine exakte Berechnung nicht möglich ist.[269]

Den Prüfgremien steht ein weiter Beurteilungs- und Ermessensspielraum zu.

Die durch den Beurteilungsspielraum eingeräumte **Entscheidungsfreiheit** der Prüfgremien hat allerdings in der Praxis eine bedeutsame **Kehrseite**: Denn die relevanten Erwägungen, die das Prüfgremium zu seiner Entscheidung bewogen haben, müssen im **Prüfbescheid** selbst gegenübergestellt und **begründet** sein.[270] Nur so kann das **Gericht** den Abwägungsvorgang überprüfen und **kontrollieren**, ob die Entscheidung von sachgerechten Erwägungen getragen wurde oder ob sachfremde Erwägungen eingeflossen sind bzw. ob wesentliche Belange fehlen.[271]

3.7.7. Aufsicht und Haftung der Vorstände

Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Maße oder nicht nach den rechtlichen Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen **Vorstandsmitglieder** der **Krankenkassenverbände** und **Kassenzahnärztlichen Vereinigungen** für eine ordnungsgemäße Umsetzung dieser Regelung.

Können Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend der für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt werden, weil die erforderlichen **Daten nicht** oder nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht fristgerecht **übermittelt** worden sind, haften die hierfür zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen ebenfalls.[272]

Neu ist die Haftung der Vorstandsmitglieder für die ordnungsgemäße Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Die **Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse** sind seit der Neuregelung des § 106 SGB V durch die Gesundheitsreform 2004 (GMG) verpflichtet, einmal jährlich eine **Übersicht** über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie

[269] BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -; vgl. hierzu Kap. 7.3.3, S. 149 ff.
[270] § 35 SGB X. Vgl. zur Begründungspflicht ausführlich Kap. 9.5.3, S. 292 ff.
[271] Vgl. zum Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung Kap. 10.4.7, S. 311 ff.
[272] § 106 Abs. 4 b S. 2 SGB V. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung der Vorstandsmitglieder und der jeweils entsandten Vertreter im Ausschuss den Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied wegen der Pflichtverletzung auf Schadensersatz in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat, vgl. § 106 Abs. 4 b SGB V.

der festgesetzten Maßnahmen zu erstellen und der **Aufsichtsbehörde vorzulegen**.[273] Die Aufsicht über die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse einschließlich der Geschäftsstellen führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.[274]

3.8. Verfahrensrechte des Zahnarztes

3.8.1. Rechtliches Gehör

Den Verfahrensbeteiligten, insbesondere dem Zahnarzt, ist im Prüfverfahren **rechtliches Gehör** zu gewähren. Dieser **Grundsatz** eines **rechtsstaatlichen Verfahrens** ergibt sich schon aus den gesetzlichen Vorschriften zum sozialrechtlichen Verfahren: „Bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, ist diesem **Gelegenheit** zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen **zu äußern**.“[275]

Das rechtliche Gehör wird durch die so genannte **Anhörung des** Zahnarztes gewährt. Hierauf hat der **Zahnarzt** auch einen **Rechtsanspruch**. Die Anhörung muss allerdings **nicht mündlich** erfolgen.

Der Zahnarzt muss nicht mündlich angehört werden.
Er kann auf eine schriftliche Stellungnahme verwiesen werden.

Der Arzt kann auch darauf beschränkt werden, seine Argumente und Gründe, insbesondere etwaige **Praxisbesonderheiten** oder **kausale Einsparungen**[276] zunächst **schriftlich** darzulegen. Dies ist vor allem im Verwaltungsverfahren der ersten Instanz vor den **Prüfungsausschüssen** der typische Fall. Denn die Prüfvereinbarungen[277] sehen überwiegend vor, dass das Verfahren vor dem Prüfungsausschuss in erster Instanz nur schriftlich durchgeführt wird (unter Umständen mit der Möglichkeit zur persönlichen Anhörung). Meist sehen die Prüfvereinbarungen erst im **Widerspruchsverfahren** vor dem Beschwerdeausschuss[278] die Möglichkeit der **Teilnahme** des geprüften Zahnarztes an der **mündlichen Verhandlung**

---

[273] § 106 Abs. 7 S. 2 SGB V.
[274] § 106 Abs. 7 S. 1 SGB V, dies ist typischerweise das Sozialministerium des jeweiligen Bundeslandes.
[275] § 24 Abs. 1 SGB X.
[276] Vgl. zu den Einwendungsmöglichkeiten des Zahnarztes Kap. 7, S. 139 ff.
[277] Vgl. hierzu Kap. 3.1.2, S. 32 ff.
[278] Vgl. zum Widerspruchsverfahren Kap. 10.3, S. 299 ff.

vor. Eine eventuell unterbliebene Anhörung im Prüfverfahren kann auch noch im Widerspruchsverfahren nachgeholt werden.[279]

3.8.2. Recht auf Akteneinsicht

Der Zahnarzt hat grundsätzlich einen **Rechtsanspruch** darauf, **Einsicht** in die **Verfahrensakten** zu erhalten.[280] Das Recht auf Akteneinsicht steht nur den an der Wirtschaftlichkeitsprüfung **Beteiligten** oder deren **Bevollmächtigten** zu.[281]

Das **Recht auf Akteneinsicht** ist eine grundlegende Voraussetzung, um den Beteiligten das rechtliche Gehör überhaupt erst zu ermöglichen und **ergänzt** damit den **Anspruch auf rechtliches Gehör**.[282] Fast immer erleichtert die Kenntnis des Akteninhalts die Abgabe der notwendigen Erklärungen, insbesondere auch im Hinblick auf das Anhörungsrecht.[283] Die Behörde muss es sich daher gefallen lassen, dass sich der Beteiligte durch die aufgrund der Akteneinsicht gewonnenen Erkenntnisse seine Gegenargumente erst aufbaut.[284]

Die Zahnärzte können in jedem Verfahrensstand Akteneinsicht beantragen.

Das Recht auf Akteneinsicht umfasst die das Verfahren betreffenden Akten; dieses ist die **Gesamtheit der Schriftstücke**, welche die Prüfgremien im Original, als Abschrift oder in Kopie für das jeweilige, konkrete Verfahren angefertigt oder beigezogen haben. Eine Ausnahme gilt jedoch für Entscheidungsentwürfe oder deren vorbereitende Arbeiten.[285]

Grundsätzlich erfolgt die Akteneinsicht **bei der Behörde**, die die Akten führt. Die Behörde kann aber **Ausnahmen** zulassen, wenn beispielsweise die Akteneinsicht bei der Behörde für den Beteiligten mit einem unzumutbaren Zeitaufwand verbunden wäre.[286]

---

279 Vgl. zur Verletzung des rechtlichen Gehörs durch Versagung einer beantragten Verlegung des Termins zur mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsgericht BSG, Urt. v. 11.12.2002 – B 6 KA 8/02 -.
280 § 25 SGB X.
281 Vgl. zur Beteiligtenfähigkeit Kap. 3.7.1, S. 52 und zur rechtlichen Vertretung Kap. 3.8.3, S. 60 ff.
282 *Von Wulffen*, § 25 SGB X, Rn. 3.
283 Nach § 24 SGB X.
284 *Von Wulffen*, § 25 SGB X, Rn. 3.
285 § 25 Abs. 1 S. 2 SGB X. Diese Ausnahme dient vornehmlich dem Zweck, die Unbefangenheit in der Aktenführung und deren inhaltliche Vollständigkeit zu gewährleisten. Vor Akteneinsicht sind diese verwaltungsinternen Schriftstücke aus den Akten zu entfernen, vgl. *von Wulffen*, § 25 SGB X, Rn. 5.
286 § 25 Abs. 4 SGB X; *von Wulffen*, § 25 SGB X, Rn. 10.

Der Anspruch auf **Akteneinsicht** wird allerdings **nicht uneingeschränkt** gewährt; er besteht nur, soweit die Kenntnis der Akten zur Geltendmachung oder Verteidigung der rechtlichen Interessen erforderlich ist. Die Behörde ist auch nicht verpflichtet, die Beteiligten auf das Recht zur Akteneinsicht hinzuweisen. Ein solcher Hinweis wird zwar rechtsunkundige Beteiligte erst in die Lage versetzen, Akteneinsicht zu nehmen und von ihrem Anhörungsrecht sinnvollen Gebrauch zu machen; doch steht das Interesse an einem zügigen und rationellen Verfahrensablauf einer so weit gehenden Informationspflicht entgegen.[287]

Haben die Prüfgremien zu Unrecht die beantragte **Akteneinsicht verweigert**, so liegt ein **Verfahrensfehler** vor, der den Verwaltungsakt **anfechtbar** macht. Ein Verstoß gegen das Recht auf Akteneinsicht führt jedoch nur dann zur **Aufhebung** des angefochtenen Bescheids, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache beeinflusst hat.[288]

3.8.3. Rechtsbeistand und anwaltliche Vertretung

Der Zahnarzt kann sich grundsätzlich in sämtlichen Instanzen des Verwaltungs- und Gerichtsverfahrens anwaltlich vertreten lassen.[289] Nur vor dem **Bundessozialgericht** gilt ein Vertretungszwang, hier müssen sich die Zahnärzte also **zwingend anwaltlich** vertreten lassen.[290]

Es empfiehlt sich angesichts der **besonderen Schwierigkeit** des Rechtsgebiets der Wirtschaftlichkeitsprüfung allerdings, nur solche **Anwaltskanzleien** mit der Klageerhebung und der Vertretung zu beauftragen, die in diesem Gebiet nachweislich

---

287 *Von Wulffen*, § 25 SGB X, Rn. 7.

288 § 42 S. 1, letzter Teilsatz SGB X; *von Wulffen* § 25 SGB X, Rn. 6.

289 § 13 SGB X. Die Vertretung ist in jeder Instanz zulässig und möglich, vgl. § 73 SGG. Zahnärzte können zwar auch ohne Beistand oder anwaltliche Vertretung Widerspruch einlegen oder Klage gegen den Beschwerdeausschuss führen. Will sich der Arzt im ersten Rechtszug abwartend verhalten und das Kostenrisiko gering halten, könnte er auch einen sach- und rechtskundigen Kollegen beim Auftreten vor Gericht an seine Seite stellen, § 73 Abs. 5 SGG. Diese müssen nicht notwendigerweise Juristen bzw. Rechtsanwälte sein. Hiervor ist allerdings schon deshalb zu **warnen**, weil im Verwaltungsverfahren sämtliche Einwendungen des Zahnarztes vorgebracht werden müssen. Wird dies – aus Unkenntnis – versäumt, riskiert der Zahnarzt, im Gerichtsverfahren mit diesen Einwendungen präkludiert zu werden und aus diesem Grund den Prozess zu verlieren, vgl. auch Kap. 6.9.3, S. 135 ff.

290 § 166 Abs. 1 SGG. Eine Ausnahme hiervon gilt für die Behörden, Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts. Vgl. zur Revision beim Bundessozialgericht Kap. 10.5.2, S. 314 ff.

spezialisiert sind.[291] Die Anwaltskosten müssen vom Beschwerdeausschuss erstattet werden, soweit der Widerspruch oder die Klage erfolgreich war.[292]

Sofern sich die Zahnärzte durch einen prozessfähigen Bevollmächtigten vertreten lassen, müssen sie eine schriftliche **Vollmacht** vorlegen.[293] Liegt den Prüfgremien eine entsprechende Vertretungsanzeige vor, dann sind die Gremien verpflichtet, den **Rechtsbeistand** entsprechend zu **informieren** und den weiteren Schriftverkehr in der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit dem Anwaltsbüro zu führen.[294] Der Zahnarzt kann sowohl im Verfahren vor den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen als auch im Klageverfahren stets mit seinen Prozessbevollmächtigten auftreten.

Es empfiehlt sich die Beauftragung spezialisierter Anwaltskanzleien.

291 Vgl. etwa www.beatebahner.de.

292 Zur Erstattung der Anwaltskosten im Falle des Obsiegens vgl. Kap. 10.6.2, S. 319 ff.

293 Fehlt die Vollmacht bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung, ist die Klage unzulässig, vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2000 - B 6 KA 27/00 R -. Vor Erlass eines Urteils muss das Gericht allerdings den Bevollmächtigten schriftlich auffordern, binnen einer bestimmten Frist die Vollmachtsurkunde nachzureichen, verbunden mit dem Hinweis, dass die Klage anderenfalls als unzulässig abgewiesen werde. Allerdings genügt es, wenn der Bevollmächtigte auf eine bereits zu den Verwaltungsakten gereichte schriftliche Vollmacht verweist, die eine Vertretung im gegebenenfalls nachfolgenden Verfahren mit umfasst und diese in den Verwaltungsakten tatsächlich vorliegt.

294 § 73 Abs. 2 SGG.

3.9. Besonderheiten der zahnärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die **Grundsätze** der **Wirtschaftlichkeitsprüfung gelten** nach dem ausdrücklichen Gesetzeswortlaut sowohl für die **Ärzte** als auch für die **Zahnärzte**: „Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte …, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist.“[295] Allerdings existieren aufgrund des speziellen Versorgungsgebietes und besonderer gesetzlicher Vorschriften bei den Zahnärzten **einige Besonderheiten**, die zu beachten sind.[296]

3.9.1. Vermehrbare und nicht vermehrbare Leistungen

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung bezieht sich insbesondere auf die **konservierenden** und **chirurgischen Leistungen**. Diese lassen sich in zwei maßgebliche **Leistungsgruppen** unterteilen:

- Leistungen, die anhand des Befunds sicher zu kontrollieren und **nur schwer vermehrbar** sind,
- Leistungen, die wenig kontrollierbar und daher **leicht vermehrbar** sind.

Zur ersten Gruppe der **kaum vermehrbaren** Leistungen zählen zum Beispiel:

- Füllungen (BEMA-Nr. 13),
- Wurzelbehandlungen (BEMA-Nr. 28-35),
- Extraktionen[297] (BEMA-Nr. 43 - 48).

Leichter vermehrbar sind demgegenüber diejenigen Leistungen, deren Notwendigkeit zum Zeitpunkt der Prüfung nicht eindeutig nachprüfbar ist, wie beispielsweise:

- Beratung (BEMA-Nr. Ä1),
- Sensibilitätsprüfungen (BEMA-Nr. 8),
- Behandlungen überempfindlicher Zahnflächen (BEMA-Nr. 10),
- Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (BEMA-Nr. 12),
- Anästhesien (BEMA-Nr. 40, 41),

---

[295] Vgl. § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V.
[296] Vgl. hierzu auch unter Praxisbesonderheiten Kap. 7.1, S. 139 ff.
[297] Im längerfristigen Vergleich ist erkennbar, dass die Zahl der Extraktionen deutlich stärker rückläufig war als die Zahl der Füllungen. Beide Trends hängen mit der Steigerung der Mundgesundheit und der grundlegenden Verschiebung von der restaurativen zur zahnerhaltenden Zahnmedizin zusammen. Der Rückgang der Füllungstherapie ist direkte Folge einer immer stärker Fuß fassenden Prophylaxe in der Bevölkerung, vgl. www.kzbv.de.

- Mundbehandlungen (BEMA-Nr. 105),
- Zahnsteinentfernung (BEMA-Nr. 107).[298]

Sofern die Fallwerte lediglich dieser Leistungen überschritten werden, liegt hier der Verdacht einer **ungerechtfertigten Leistungsausweitung** und einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise nahe. Aus diesem Grunde hat die Einzelfallprüfung bei den Zahnärzten einen ganz anderen Stellenwert erlangt, als dies bei den Ärzten der Fall ist.[299]

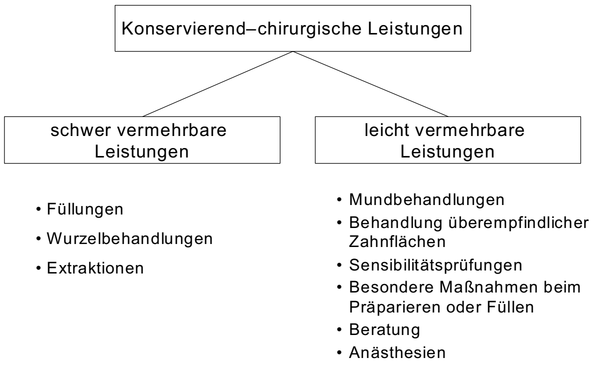


Abbildung 16

3.9.2. Prüfungsrelevante Leistungen

Prüfungsrelevant sind vor allem die folgenden **typischen Zahnarztleistungen**:

- Beratung (BEMA-Nr. Ä1),
- Sensibilitätsprüfungen (BEMA-Nr. 8),
- Behandlung überempfindlicher Zahnflächen (BEMA-Nr. 10),
- Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (BEMA-Nr. 12),
- Füllungen (BEMA-Nr. 13),
- direkte und indirekte Überkappung zur Pulpaerhaltung (BEMA-Nrn. 25 u. 26),

[298] Vgl. zu den einzelnen BEMA-Leistungen ausführlich Kap. 8, S. 155 ff.
[299] Vgl. zur Einzelfallprüfung Kap. 5, S. 77 ff.

- Wurzelbehandlungen (BEMA- Nr. 28-35),
- Extraktionen (BEMA-Nrn. 43-45, 47 a),
- Mundbehandlungen (BEMA-Nr. 105),
- Beseitigung scharfer Zahnkanten (BEMA-Nr. 106),
- Par-Behandlungen.

Die **einzelnen BEMA-Abrechnungsziffern** und die zugrunde liegenden Leistungen werden – soweit sie für die Wirtschaftlichkeitsprüfung relevant sind – in einem **gesonderten Kapitel ausführlich dargestellt**.[300]

3.9.3. Parodontose-Behandlungen

Auch die **Parodontose-Behandlung** eines Zahnarztes kann **Gegenstand** der **Wirtschaftlichkeitsprüfung** sein und auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes überprüft werden.[301] Ausgangspunkt sind hierbei grundsätzlich die **Par-Richtlinien**.[302] Die Überprüfung der Durchführung einer systematischen Parodontose-Behandlung ist auch **nicht** durch die vorausgehende **Genehmigung** des **Parodontalstatus** durch die Krankenkassen **ausgeschlossen**. Denn diese Genehmigung kann die Einhaltung der Fristen und die tatsächliche Durchführung der Vorbehandlung nicht umfassen.[303]

Den betroffenen Zahnärzten liegen zu Beginn des Verfahrens regelmäßig „**allgemeine Beanstandungen**" der **Kostenträger** vor, welche Grundlage des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens sind.[304] Nunmehr obliegt es dem Zahnarzt in einer sehr mühseligen Arbeit, alle Par-Fälle herauszusuchen und sich entsprechend vorzubereiten. Viele Zahnärzte empfinden die Prüfung als „erneutes Staatsexamen" und Angriff auf ihre Therapiefreiheit.[305]

---

300 Vgl. Kap. 8, S. 155 ff.

301 BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6RKa 17/90 -; BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14 a RKa 4/92 -; vgl. hierzu auch Kap. 8.34 , S. 271 ff.

302 Vgl. hierzu Kap. 8.34.1, S. 271 ff.

303 BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 17/90 -; BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a RKa 4/92 -.

304 In der Praxis verstärkt sich allerdings der Eindruck, dass die Krankenkassen diese Beanstandungen ohne weiteren Aufwand als „Muster" ausdrucken und den Ausschüssen zur Verfügung stellen; so auch *Ries/Schnieder/Großbölting*, S. 56.

305 *Ries/Schnieder/Großbölting* bezeichnen es als „offenes Geheimnis", dass die Par-Ausschüsse in einzelnen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gewisse finanzielle Quoten „erarbeiten" müssen, um die Kostenträger zu entlasten, vgl. S. 56.

3.9.4. Ausschluss der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die **Wirtschaftlichkeitsprüfung** erfolgt demgegenüber **nicht** bei folgenden Behandlungen:

- kieferorthopädische Maßnahmen (zum Beispiel Zahnspangen),
- Versorgungen mit Zahnersatz,
- Behandlungen im Wege der Kostenerstattung.

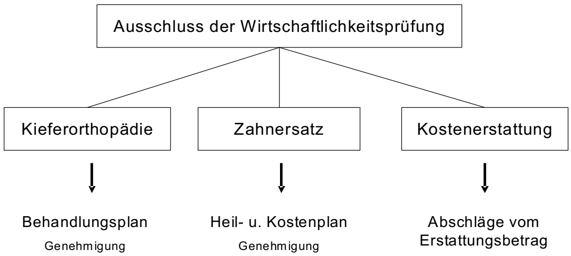


Abbildung 17

Denn **kieferorthopädische und prothetische Maßnahmen** dürfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ohnehin nur durchgeführt werden, wenn der Zahnarzt für diese geplante Behandlung einen **Behandlungsplan** oder einen **Heil- und Kostenplan** erstellt und die **Krankenkasse** den vorgelegten Plan zuvor **genehmigt** hat. Der vorgelegte Plan kann durch einen Gutachter der Krankenkassen geprüft werden.[306] Hierzu enthält der Bundesmantelvertrag Zahnärzte[307] weitere besondere Bestimmungen.[308] Danach erstellt der Zahnarzt für die kieferorthopädische Behandlung einen ausführlichen **Behandlungsplan**.[309]

Für die Versorgung mit **Zahnersatz** ist ein **Heil- und Kostenplan** zu erstellen. Sämtliche Maßnahmen sollen in diesen Unterlagen beschrieben sein, die voraussichtlichen Kosten müssen angegeben werden. Der Heil- und Kostenplan ist von der **Krankenkasse vor Beginn der Behandlung** insgesamt zu **prüfen**.[310] Bei

---

[306] Gegen dessen Stellungnahme kann ein Obergutachten eingeholt werden.

[307] Vgl. hierzu auch Kap. 3.2.3, S. 37 ff.

[308] Vgl. Anlagen 6 (KO), 9 (Pa) und 12 (ZE) BMV-Z.

[309] Dieser enthält allerdings hinsichtlich der Material- und Laborkosten lediglich die Angaben eines Schätzbetrages. Daher unterliegen jedenfalls diese Bereiche der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung, vgl. BSG, Urt. v. 08.09.1993 – 14a RKa 9/92 -.

[310] § 87 Abs. 1 a S. 4 SGB V.

bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Behandlung,[311] erstattet hierfür inzwischen allerdings nur noch so genannte **befundbezogene Festzuschüsse**,[312] die sich hinsichtlich der Höhe nach dem jeweiligen Befund und der entsprechenden zahnprothetischen Regelversorgung richten.[313]

Bestimmte zahnärztliche Leistungen bedürfen der vorherigen Genehmigung der Krankenkassen.

Behandlungen im Wege der **Kostenerstattung**[314] unterliegen ebenfalls nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. In Kostenerstattungsfällen hat die Krankenkasse ausreichende **Abschläge** vom Erstattungsbetrag für **fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen** vorzusehen.[315]

---

311 § 87 Abs. 1 a S. 6 SGB V.

312 § 55 SGB V i.V.m. Festzuschuss-Richtlinien vom 23., 30.06., 14.07. und 03.11.2004; vgl. hierzu auch Kap. 1.2.5, S. 5 ff.

313 Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses, vgl. § 56 Abs. 2 S. 1 SGB V; vgl. zum „Alt- und Neurecht" auch eingehend *Quaas/Zuck*, S. 635, Rn. 6 ff.

314 § 13 Abs. 2 SGB V.

315 Die Notwendigkeit, in die Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch diejenigen Leistungen einzubeziehen, die im Rahmen der Kostenerstattung vergütet worden sind, ist aufgrund der gesetzlichen Änderungen der Kostenerstattungsregelungen weggefallen, vgl. Gesetzesbegründung zu § 106 Abs. 2 S. 7 a.F. (weggefallen) SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 173.

4 Zufälligkeitsprüfung / Stichprobenprüfung

4.1. Neuregelung durch die Gesundheitsreform 2004

Zahnärzte müssen künftig konkret damit rechnen, aufgrund einer **Zufälligkeitsprüfung** (oder **auch Stichprobenprüfung**) in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu geraten.[316] Denn diese Prüfmethode hat seit der Gesundheitsreform 2004 (GMG) eine **besondere Aufwertung** erfahren. Der Gesetzgeber sieht die **Zufälligkeitsprüfung** als die wesentlich besser geeignete Methode an, etwaige Unwirtschaftlichkeiten aufzudecken.[317]

Die Zufälligkeitsprüfung hat seit der Gesundheitsreform 2004
eine besondere Aufwertung erfahren.

Die **bisherige Regelprüfmethode** der **statistischen Vergleichsprüfung** nach Durchschnittswerten[318] **entfällt** als verpflichtende Vorgabe; sie kann jedoch auch künftig als Prüfmethode in die Prüfvereinbarung[319] aufgenommen werden. Die statistische Vergleichsprüfung wird damit zwar erhalten bleiben, soll jedoch künftig nachrangig sein. Durch die Streichung der statistischen Vergleichsprüfung wollte der Gesetzgeber der gemeinsamen Selbstverwaltung einen Impuls geben, zügig den gesetzlich vorgegebenen Übergang zu anderen Prüfungsformen, insbesondere zu den **qualitätsorientierten Wirtschaftlichkeitsprüfungen** durch Zufälligkeitsprüfungen zu vollziehen.

Im Übrigen war die Nachrangigkeit der statistischen Vergleichprüfung aus Effektivitäts- und konzeptionellen Gründen schon seit der Gesundheitsreform 1988 vorgesehen. Dem gesetzgeberischen Willen war jedoch angeblich weitgehend nicht Rechnung getragen geworden, da die Zufälligkeitsprüfungen, die zwischenzeitlich zu qualitätsorientierten Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiterentwickelt worden waren, auf Seiten der Krankenkassen – von insgesamt 23 – in nicht mehr als zwei Vertragsregionen und dort nur rudimentär umgesetzt worden seien.[320]

---

[316] § 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 u. Abs. 2 a SGB V.

[317] Vgl. Gesetzesbegründung zu § 106 SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 172.

[318] Vgl. hierzu Kap. 6.1.2, S. 92 ff.

[319] Vgl. hierzu Kap. 3.1.2, S. 32 ff.

[320] So das Ergebnis einer im Jahr 2002 abgeschlossenen Erhebung der Prüfdienste des Bundes und der Länder von den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Vertragspartnern, vgl. Gesetzesbegründung zu § 106 SGB n.F. in *SGB V Handbuch*, S. 172.

4.1.1. Sinn und Zweck der Zufälligkeitsprüfung

Sinn und Zweck der Zufälligkeitsprüfung ist die **Aufdeckung** von **Unwirtschaftlichkeiten**, die infolge **unauffälliger Individualfallwerte**[321] nicht zu einem Aufgreifen durch die statistische Vergleichsprüfung führen. Insbesondere der Einzug moderner EDV-Ausstattungen in den Praxen führe nach Ansicht des Gesetzgebers dazu, dass manche Ärzte unterhalb jeder Auffälligkeitsschwelle bleiben, gleichwohl die sich bis dahin vermeintlich bietenden Spielräume nutzen und damit unter Umständen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen.

Auch Zahnärzte mit unauffälligen Abrechnungswerten
können unwirtschaftlich behandeln.

Im Übrigen können Unwirtschaftlichkeiten nicht nur in einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung bestehen. **Unwirtschaftlichkeiten** können sich auch in einer **insgesamt ungeeigneten** oder **qualitativ angreifbaren Verhaltensweise** ausdrücken. Insbesondere können die einzelnen Arztgruppen durch ihr Leistungs- und Verordnungsverhalten die Höhe der Durchschnittswerte – und damit die Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit – nachhaltig beeinflussen.[322] Daher erziele – so der Gesetzgeber - eine statistische Vergleichsprüfung anhand der Durchschnittswerte typischerweise wenig Ergebnisse.[323]

Die Zufälligkeitsprüfung soll sich auch auf die Einhaltung der Qualität beziehen.

Die Zufälligkeitsprüfung dient aber nicht nur der Vermeidung von Unwirtschaftlichkeiten unterhalb der Auffälligkeitszone, sondern auch der **Qualitätssicherung**. Denn Zahnärzte, die erheblich **unter den Durchschnittswerten** liegen, setzen sich ebenfalls dem Verdacht der Unwirtschaftlichkeit aus, und zwar unter dem Aspekt des „Notwendigen" dahingehend, ob sie die für eine erfolgreiche zahnärztliche Behandlung notwendigen Maßnahmen tatsächlich unternommen haben.[324] Insofern ist ein **Übergang zu qualitätsorientierten Wirtschaftlichkeitsprüfungen** zu verzeichnen, nachdem der Gesetzgeber ausdrücklich auch die qualitativen Aspekte der zahnärztlichen Leistungen überprüft wissen will.[325]

---

[321] *Hesral* spricht von „nicht alarmierenden" Werten, vgl. S. 75, Rn. 255 m.w.N.
[322] So die Gesetzesbegründung zu § 106 Abs. 2 S. 1 SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 172 ff.
[323] Dies habe auch eine von den Prüfdiensten durchgeführte Untersuchung bestätigt: Danach sei die statistische Vergleichsprüfung ein qualitativ minderwertiges Prüfungsverfahren, da es ausschließlich auf statistischen Auffälligkeiten basiere und verdeckte Unwirtschaftlichkeiten nicht erkennbar würden, vgl. Gesetzesbegründung zu § 106 Abs. 2 S. 1 SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 172.
[324] *Dahm*, S. 46, Rn. 122; vgl. zu den Kriterien der Wirtschaftlichkeit Kap. 2.2, S. 18 ff.
[325] § 106 Abs. 2 a Nr. 3 SGB V; vgl. auch Kap. 3.4, S. 43 ff. sowie *Dahm*, S. 46, Rn. 122.

4.1.2. Gegenstand der Zufälligkeitsprüfung

Der Gesetzgeber hat den **Umfang** der Zufälligkeitsprüfung detailliert bestimmt: Sie umfasst zunächst die abgerechneten **zahnärztlichen Leistungen** je Behandlungsfall, die in diesem Behandlungsfall verordneten Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel, gegebenenfalls die Krankenhauseinweisungen nebst Dauer der Krankenhausbehandlungen sowie die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit einschließlich ihrer Dauer.[326] Die Zufälligkeitsprüfung geht über die bisher typische Wirtschaftlichkeitsprüfung im engeren Sinne jedoch hinaus und **umfasst**, soweit dafür Veranlassung besteht **auch**:[327]

- die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (**Indikation**),
- die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (**Effektivität**),
- die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (**Qualität**), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
- bei Leistungen des **Zahnersatzes** und der **Kieferorthopädie**, auch die **Vereinbarkeit** der Leistungen **mit dem Heil- und Kostenplan**.[328]

Diese Prüfungen sind jedoch nur dann durchzuführen, soweit aufgrund der Unterlagen hierzu entsprechende **Veranlassung besteht**. Eine grundsätzliche und durchgehende Prüfung unter Einbeziehung all dieser Prüfkriterien würde das Verfahren der Zufälligkeitsprüfung wohl blockieren und ineffizient machen.[329]

Die Zufälligkeitsprüfung umfasst das gesamte zahnärztliche Verhalten.

4.1.3. Richtlinien zur Zufälligkeitsprüfung

Die Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung wurden auf Bundesebene verpflichtet, bis Ende 2004 **Richtlinien zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfung** zu erlassen. Diese sollen insbesondere Regelungen zu den Beurteilungsgegenständen, zur Bestimmung und zum Umfang der Stichproben sowie zur

---

[326] § 106 Abs. 2 SGB V. Verordnungen, Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen spielen im zahnärztlichen Bereich allerdings eine untergeordnete Rolle. Nicht von der Zufälligkeitsprüfung umfasst sind demgegenüber die aufgrund von Überweisungen des geprüften Zahnarztes abgerechneten medizinischen Leistungen.

[327] Vgl. hierzu bereits Kap. 3.4, S. 43 ff.

[328] § 106 Abs. 2 a SGB V; vgl. hierzu auch Kap. 3.9.4, S. 65 ff.

[329] So auch KassKomm, *Hess*, § 106 SGB V, Rn. 26.

Auswahl von Leistungsmerkmalen enthalten.[330] Damit soll eine **zügige Umsetzung** der Regelungen zu den Zufälligkeitsprüfungen auch nach **bundesweit abgestimmten Verfahrensweisen** gewährleistet werden. Gleichzeitig soll ein **Erfahrungsaustausch** und eine **Vergleichbarkeit der Ergebnisse** zwischen den verschiedenen Regionen ermöglicht werden.[331]

Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen;[332] die Richtlinien waren bis Redaktionsschluss[333] allerdings **noch nicht vereinbart**.

4.2. Zufälligkeitsprüfung als Auswahlverfahren

Die Zufälligkeitsprüfung auf der Grundlage von Stichproben ist **kein eigenes Prüfverfahren**, wie etwa die Einzelfallprüfung[334] oder die statistische Vergleichsprüfung[335]. Sie regelt lediglich, dass innerhalb eines Prüfbereichs Zahnärzte stichprobenhaft zu ziehen und zu prüfen sind.[336] Es handelt sich folglich zunächst nur um ein **Auswahlverfahren**, welches in den Prüfvereinbarungen weiter auszugestalten ist.

Die Zufälligkeitsprüfung ist nur ein Auswahlverfahren.

Die Zufälligkeitsprüfung **ersetzt** zunächst also nur das Prinzip der **Antragstellung**[337] (wegen statistischer oder sonstiger Auffälligkeiten der Abrechnung) **durch** das Prinzip der **zufälligen Auswahl** (Zufallsgenerator) zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Art und die Kriterien der Auswahl sind von der KZV und den Krankenkassen in der Prüfvereinbarung gemeinsam zu regeln.[338]

---

330 § 106 Abs. 2 b SGB V.

331 Zugleich kann dadurch die spezifische Fachkompetenz der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene für den Umsetzungsprozess nutzbar gemacht werden, beispielsweise bei der Operationalisierung der im Rahmen der Zufälligkeitsprüfungen durchzuführenden Beurteilung der Indikation, der Effektivität und Qualität der Leistungserbringung, vgl. Gesetzesbegründung zu § 106 Abs. 2 b SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 173.

332 § 106 Abs. 2 b SGB V. Das Ministerium kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Ministerium selbst die Richtlinien erlassen.

333 Ende August 2005.

334 Vgl. hierzu Kap. 5, S. 77 ff.

335 Vgl. hierzu Kap. 6, S. 91 ff.

336 So zutreffend *Spellbrink*, S. 328, Rn. 794.

337 Vgl. hierzu Kap. 3.6, S. 49 ff.

338 § 106 Abs. 3 SGB V; vgl. hierzu Kap. 3.1.2, S. 32 ff.

4.2.1. Auswahlkriterien

Die Höhe der Stichproben ist **nach Arztgruppen** (also facharztgruppenbezogen) gesondert zu bestimmen. So kommt im zahnärztlichen Bereich insbesondere die Auswahl von jeweils 2 % der Zahnärzte, Kieferorthopäden und Oralchirurgen in einem KZV-Bereich in Betracht.[339] Allerdings besteht nach dem ausdrücklichen Gesetzeswortlaut auch die Möglichkeit, abweichend von den Fachgebieten eine **Auswahl** nach **ausgewählten Leistungsmerkmalen** zu treffen, sofern dies ausdrücklich in der Prüfvereinbarung vorgesehen ist.[340] Die Besonderheit der Zufälligkeitsprüfung liegt im Übrigen darin, dass sie – im Gegensatz zu anderen Prüfungen – auch „versichertenbezogen" erfolgen kann. So kann, falls hierfür Veranlassung besteht, auch die Behandlung **einzelner Patienten** überprüft werden.[341]

Je Quartal sind mindestens 2 % aller Kassenzahnärzte auszuwählen.

Die Zufälligkeitsprüfung bezieht sich stets auf den **Zeitraum** von mindestens **einem Jahr**, um einen ausreichenden Beurteilungsspielraum zu ermöglichen.[342] Entfallen ist allerdings die frühere Regelung, wonach bei Durchführung einer Zufälligkeitsprüfung eine erneute Prüfung erst nach Ablauf von zwei Jahren erfolgen sollte.[343] Der Zahnarzt kann daher theoretisch auch im Folgejahr wieder im Wege der Zufälligkeitsprüfung in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung geraten.

Die **Auswahlentscheidung** stellt ein **Verwaltungsinternum** dar. Etwaige Einwendungen gegen die Auswahl können daher zulässigerweise erst durch **Anfechtung des gesamten Prüfbescheides** erhoben werden.[344]

4.2.2. Konsequenz der Auswahlentscheidung

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, den Geschäftsstellen des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses[345] für jedes Quartal eine **Liste derjenigen Ärzte** zu übermitteln, die **in die Zufälligkeitsprüfung** einbezogen werden.[346] Die Auswahl hat zunächst nur zur Folge, dass die KZV und Krankenkassen um-

---

339 § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V; vgl. zur Bildung der Vergleichsgruppen anhand der Gebietsbezeichnungen Kap. 6.6, S. 119 ff.
340 § 106 Abs. 3 S. 2 SGB V.
341 § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V.
342 § 106 Abs. 2 S. 6 SGB V.
343 Diese Vorschrift wurde bereits durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ersatzlos gestrichen.
344 *Hesral*, S. 76, Rn. 256.
345 Vgl. hierzu Kap.3.3.1, S. 38 ff.
346 § 297 Abs. 1 SGB V.

fassendes **Datenmaterial**, insbesondere Abrechnungs- und Verordnungsdaten an die Geschäftsstelle zu **übermitteln** haben.[347] Denn gerade die Zufälligkeitsprüfung erfordert es, dass **alle notwendigen Daten** zusammengeführt werden, da im Unterschied zur statistischen Vergleichsprüfung[348] die Zufälligkeitsprüfung nicht spartenbezogen erfolgt, sondern unabhängig von der Überschreitung statistischer Vergleichswerte. Schließlich soll die Zufälligkeitsprüfung die **gesamte Praxistätigkeit** des Zahnarztes erfassen. Die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung kann daher nur auf Basis eines entsprechend **umfassenden Datenmaterials** erfolgen.

4.2.3. Datenübermittlung

Die **Kassenzahnärztlichen Vereinigungen** haben den **Geschäftsstellen** zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfung aus den Abrechnungsunterlagen der geprüften Vertragsärzte die folgenden Daten zu übermitteln:[349]

- Arztnummer, Kassennummer, Krankenversichertennummer,
- abgerechnete Gebührenpositionen je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung,[350]
  - bei zahnärztlicher Behandlung: mit Zahnbezug und Befunden,
  - bei Überweisung: mit dem Auftrag des überweisenden Arztes.[351]

Die **Krankenkassen** haben den **Geschäftsstellen** die Daten zu übermitteln über

- die verordneten Leistungen,[352]
- die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit.[353]

---

347 § 297 Abs. 2 SGB V, vgl. hierzu das nachfolgende Kapitel.

348 Vgl. hierzu ausführlich Kap. 6, S. 91 ff.

349 § 297 Abs. 1 SGB V.

350 Nach dem im § 295 Abs. 1 S. 2 SGB V genannten Schlüssel bei ärztlicher Behandlung mit der verschlüsselten Diagnose.

351 § 297 Abs. 2 SGB V. Die Daten werden jeweils an die Geschäftsstelle der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse übermittelt. Der Datenaustausch zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen entfällt.

352 § 297 Abs. 3 SGB V. Die Daten über die verordneten Arzneimittel enthalten zusätzlich jeweils das Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V. Die Daten über die Verordnungen von Krankenhausbehandlungen enthalten zusätzlich jeweils die gemäß § 301 SGB V übermittelten Angaben über den Tag und den Grund der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die Art der durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren sowie die Dauer der Krankenhausbehandlung, § 297 Abs. 3 SGB V.

Dies muss jeweils unter Angabe der Arztnummer, der Kassennummer und der Krankenversichertennummer sowie für den **Zeitraum eines Jahres**[354] erfolgen. Die Datenübermittlung durch KZV und Krankenkassen kann im Wege der **elektronischen Datenübertragung** oder maschinell verwertbar auf **Datenträgern** erfolgen. Die Daten über die vertragsärztlichen Leistungen und über die verordneten Leistungen dürfen allerdings, soweit sie versichertenbezogen sind, auf maschinell verwertbaren Datenträgern nur zusammengeführt werden, soweit dies zur Durchführung der Stichprobenprüfungen erforderlich ist.[355]

Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.

4.2.4. Vorauswahl

Dieses **Datenmaterial** ist zunächst zu **sichten** und vorab zu **prüfen**. Erst jetzt stellt sich heraus, ob es dem Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Intention des Gesetzgebers entspricht, aufgrund des vorab gesichteten Materials eine Wirtschaftlichkeitsprüfung einzuleiten und durchzuführen.

Auch in der Zufälligkeitsprüfung ist es zulässig, als **Aufgreifkriterium** für eine eventuelle Wirtschaftlichkeitsprüfung zuvor auf **statistische Vergleiche** des geprüften Arztes mit seiner Vergleichsgruppe zuzugreifen. Dadurch besteht die Möglichkeit, die Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Grundlage von Stichproben auf diejenigen Fälle zu beschränken, bei denen sich tatsächlich aufgrund der Durchsicht der zusammengestellten Abrechnungs- und Verordnungsdaten oder anhand der Statistik erste **Auffälligkeiten** ergeben.[356]

Die Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung aufgrund der durch Stichprobe zufällig getroffenen Auswahl des Zahnarztes hängt also davon ab, ob der Prüfungsausschuss tatsächlich ein entsprechendes Prüfverfahren gegen den Zahnarzt eröffnet. Die **zufällige Auswahl** muss somit **nicht zwangsläufig** auch zur Einleitung einer **Wirtschaftlichkeitsprüfung** führen. Alles weitere ist in der Prüfvereinbarung oder in den Richtlinien zur Zufälligkeitsprüfung[357] zu regeln.

Die zufällige Auswahl führt nicht zwangsläufig auch zur
Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

---

[353] Die Daten über die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit enthalten zusätzlich die gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelte Diagnose sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, § 297 Abs. 3 SGB V.

[354] § 297 Abs. 2 S. 2 SGB V.

[355] § 297 Abs. 4 SGB V; vgl. zur Datenübermittlung und etwaigen Zweifeln an der Richtigkeit der Daten auch Kap. 3.7.2.2, S. 53 ff.

[356] Vgl. zur Vorauswahl Kap. 3.6.3, S. 50 ff.

[357] Vgl. hierzu Kap. 3.1.2, S. 32 ff und Kap. 4.1.3, S. 69 ff.

4.3. Eröffnung des Prüfverfahrens

4.3.1. Prüfmethoden in der Zufälligkeitsprüfung

Wird aufgrund des vorgelegten Datenmaterials die Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung beschlossen, kann diese anhand der **klassischen Prüfmethoden** erfolgen: Im Wege der statistischen Vergleichsprüfung,[358] durch strenge bzw. repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung[359] oder durch Verbindung aller drei Prüfmethoden.[360]

Die **Zufälligkeitsprüfung** ist hinsichtlich der **anzuwendenden Prüfmethode** also **weitgehend offen**. Es liegt daher im Ermessen der **Prüfgremien**, in welcher Weise der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit erbracht werden soll.[361] In der **Prüfvereinbarung** kann allerdings ausdrücklich und verbindlich festgelegt werden, welche Prüfmethoden bei der Zufälligkeitsprüfung – gegebenenfalls auch in welcher Reihenfolge – anzuwenden sind.[362]

Den Prüfgremien obliegt in der Zufälligkeitsprüfung
die Entscheidung über die Prüfmethode.

Die Zufälligkeitsprüfung dürfte von ihrer **Zielsetzung** her allerdings eher auf eine **Einzelfallprüfung** ausgerichtet sein. Dem entspricht auch die Herstellung des Versichertenbezuges und die Zusammenführung arztbezogener und versichertenbeziehbarer Behandlungs- und Verordnungsdaten unter der Arztnummer und der Versichertennummer auf maschinell verwertbaren Datenträgern.[363] Wird sodann etwa die Durchführung einer Einzelfallprüfung von den Prüfgremien gewählt (oder durch die Prüfvereinbarung zwingend vorgegeben), so sind alle **Voraussetzungen** und **Folgerichtigkeiten dieser Methode** einschließlich der umfangreichen Begründungspflicht **zu beachten**.[364]

4.3.2. Prüfmaßnahmen

Da bei einer Zufälligkeitsprüfung die gesamte Behandlungs- und Verordnungsweise des Arztes geprüft wird, bietet sich nach einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zunächst die **Beratung** mit dem **Ziel der künftigen Vermeidung** aufgedeckter

[358] Vgl. hierzu Kap. 6, S. 91 ff.
[359] Vgl. hierzu Kap. 5.2, S. 81 ff.
[360] *Spellbrink*, S. 326 ff.
[361] *Hesral*, S. 75, Rn. 254; *Spellbrink*, S. 325, Rn. 785 ff.
[362] § 106 Abs. 3 S. 1 SGB V.
[363] Vgl. Kap. 4.2.3, S. 72 ff.
[364] Vgl. Kap. 5, S. 77 ff. u. Kap. 9.5.3, S. 292 ff.

Unwirtschaftlichkeiten an. Dies sieht auch das Gesetz inzwischen ausdrücklich vor.[365] Bei signifikanten gleichgerichteten Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot kommen allerdings auch **Honorarkürzungen** im Gesamtfallwert, im Bereich einzelner Leistungssparten oder bei Einzelleistungsziffern in Betracht.[366]

4.3.3. Zufälligkeitsprüfung als Damoklesschwert

Die Zufälligkeitsprüfung ist also keine inhaltliche Prüfmethode zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit. Sie stellt vielmehr nur einen **Modus dar**, nach welchem bestimmte Zahnärzte in das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen werden, die ansonsten – jedenfalls hinsichtlich ihrer statistischen Fallwerte – nicht auffällig waren. Gerade dieser unauffällige Zahnarzt oder derjenige, der seine Fallwerte durch Praxiscomputer zu steuern versucht, steht nunmehr nach der Neuregelung der Gesundheitsreform 2004 (GMG) und dem Willen des Gesetzgebers im Blickpunkt der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Die Zufälligkeitsprüfung bietet folglich nur die Rechtsgrundlage zur zunächst kursorischen Sichtung der Daten auch vermeintlich unauffälliger Zahnärzte.[367] Sie ist somit eine **ständig drohende Gefahr** für den (nach statistischen Kriterien) unauffälligen Zahnarzt. Denn sofern der Zahnarzt mit seinen Fallwerten erheblich über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe liegt, wird vermutlich auch nach den neuen Prüfvereinbarungen eine Prüfung nach statistischen Vergleichswerten erfolgen.

Die Zufälligkeitsprüfung ist ein Damoklesschwert
für den „unauffälligen“ Zahnarzt.

---

[365] § 106 Abs. 5 S. 2 SGB V; vgl. zur Beratungspflicht auch Kap. 9.2, S. 276 ff.
[366] Vgl. hierzu Kap. 9.4, S. 285 ff.
[367] So zutreffend *Spellbrink*, S. 328, Rn. 793 u. Rn. 795.

5 Einzelfallprüfung

5.1. Grundlagen

Ziel der **Einzelfallprüfung** ist es, die zahnärztliche Behandlung am Patienten anhand des **konkreten Einzelfalls** zu **rekonstruieren**. Die Prüfer sind bemüht, sich aufgrund der abgerechneten Gebührenpositionen, ihrer Häufigkeit und zeitlichen Abfolge in Verbindung mit der eingetragenen Diagnose ein Bild von der Art der ärztlichen Tätigkeit zu machen. Eine Einzelfallprüfung hat sich also an den Leistungen für die **einzelnen Patienten** und an **deren Krankheitszustand** zu orientieren. Dazu reichen Statistiken alleine nicht aus.[368] Vielmehr müssen auch die Aufzeichnungen und sonstigen Angaben des behandelnden Zahnarztes über die Diagnostik und die Indikationsbeurteilung für eine bestimmte Therapie herangezogen werden. Die Durchsicht der Unterlagen bedarf in der Regel der Ergänzung durch ein **klärendes Gespräch** mit dem überprüften Arzt.[369]

Mit der Einzelfallprüfung soll der einzelne Behandlungsfall rekonstruiert werden.

5.1.1. Durchführung der Einzelfallprüfung

Die Methode der **Einzelfallprüfung** ist auch nach der Gesundheitsreform 2004 (GMG) vom Gesetzgeber **nicht ausdrücklich vorgeschrieben**. Die Vertragspartner[370] wurden allerdings verpflichtet, in den **Prüfvereinbarungen**[371] festzulegen, unter welchen **Voraussetzungen** Einzelfallprüfungen durchzuführen und pauschale Honorarkürzungen vorzunehmen sind.[372]

Im Übrigen müssen Einzelfallprüfungen dann durchgeführt werden, wenn ein ausdrücklicher **Antrag** der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse oder ihres Verbandes vorliegt.[373] Ein Antrag kann für die Krankenkasse beispielsweise darin begründet sein, dass aufgrund einer versichertenbezogenen Abrech-

---

[368] Vgl. zur Erstellung von Statistiken Kap.6.2.3, S. 96 ff.

[369] *Raddatz* (I), WKR 5.1 - S. 1.

[370] Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, vgl. § 106 Abs. 2 Nr. 4 i.V.m. § 106 Abs. 3 SGB V.

[371] Vgl. hierzu Kap. 3.1.2, S. 32 ff.

[372] § 106 Abs. 3 S. 3 SGB V.

[373] § 106 Abs. 3 S. 3 SGB V; vgl. zum Antrag auf Einleitung des Prüfverfahrens Kap. 3.6, S. 49 ff.

nungsprüfung der abgerechneten Leistungen[374] **Unplausibilitäten** festgestellt worden sind.[375]

Die Einzelfallprüfung muss auf Antrag
einer Krankenkasse oder der KZV durchgeführt werden.

5.1.2. Varianten der Einzelfallprüfung

Es haben sich **zwei Formen** der Einzelfallprüfung herausgebildet: Die **strenge** Einzelfallprüfung und die **repräsentative** - oder auch **eingeschränkte** - Einzelfallprüfung mit Hochrechnung.

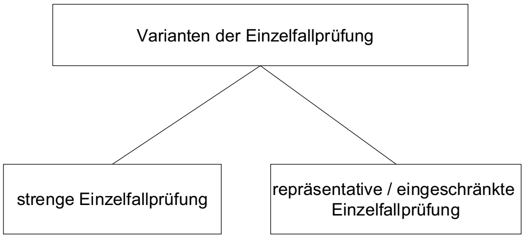


Abbildung 18

Die **strenge Einzelfallprüfung**[376] setzt bei dem objektiven Krankheitszustand des behandelten Patienten im Zeitpunkt der Behandlung an. Für die Durchführung ist eine **(Nach-)Untersuchung des Patienten** oder das Nachvollziehen des Krankheitszustandes und des Behandlungsverlaufes aufgrund weiterer objektiver Unterlagen erforderlich (z.B. Röntgenbilder, Befunde anderer Ärzte o.ä.).[377]

Die **repräsentative Einzelfallprüfung**[378] begnügt sich hingegen mit den **Behandlungsunterlagen** und den jeweiligen **Angaben des Zahnarztes**. Hier kommt es lediglich zu einer Beurteilung der Indikation und/oder zu einer Schlüssigkeitsprüfung, ob die Behandlungsmaßnahmen des geprüften Arztes mit den von ihm selbst gestellten Indikationen in Übereinstimmung stehen.[379] Die bei einer Zahnbehandlung typischerweise angefertigten **Röntgenaufnahmen** dienen als sichere **Beweisquelle** und Alternative zur Patientenuntersuchung.

---

[374] Plausibilitätsprüfung nach § 106 a Abs. 3 SGB.
[375] Gesetzesbegründung zu § 106 Abs. 3 S. 3 SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 174.
[376] Vgl. hierzu weiter Kap. 5.2, S. 81 ff.
[377] BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -.
[378] Vgl. hierzu weiter Kap. 5.3, S. 82 ff.
[379] BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -.

5.1.3. Vorteile der Einzelfallprüfung

Die Einzelfallprüfung macht es eher möglich als die statistische Vergleichsprüfung,[380] auf die **individuellen Gegebenheiten** des zahnärztlichen Handelns, das Klientel und das Umfeld der Praxis einzugehen und so eine **gerechtere Entscheidung** zu ermöglichen.[381] Während der Arzt auf den Vergleich seiner Fallwerte mit den entsprechenden Fallwerten der Fachgruppe[382] oft hilflos und deshalb verärgert reagiert, mitunter resigniert, wird er sich möglicherweise auf konkrete Einzelheiten eher einlassen.[383]

Das Fachgespräch zwischen Zahnarzt und Prüfgremien dient auch der Aufklärung.

Häufiger als der statistische Vergleich mit der Fachgruppe bietet die Einzelfallprüfung deshalb die Chance eines **fruchtbaren Gesprächs** zwischen Arzt und Prüfgremium, was den Arzt von der Notwendigkeit einer etwaigen Prüfmaßnahme überzeugen kann.[384] Die Früchte einer solchen Motivation könnten sich so künftig in den Abrechnungsergebnissen und darüber hinaus in der Qualität der kassenärztlichen Versorgung niederschlagen.[385]

5.1.4. Nachteile und Schwierigkeiten der Einzelfallprüfung

Anderseits stellt diese Beweismethode zum Nachweis der Unwirtschaftlichkeit eines Arztes/Zahnarztes insgesamt **hohe Ansprüche** an die Prüfungsinstanzen und **erschöpft** rasch deren **Kapazitäten**. Denn entscheidungserheblich ist in erster Linie der **Zustand** des Patienten **vor Beginn** der **ärztlichen Tätigkeit**. Dieser Zustand lässt sich in den weitaus meisten Fällen jedoch nicht mehr rekonstruieren. Zur Zeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist der Patient in der Regel versorgt, viel-

---

[380] Vgl. hierzu Kap. 6, S. 91 ff.

[381] So BSG, Urt. v. 27.11.1959 - 6 RKa 4/58 -.

[382] Vgl. hierzu Kap. 6.2.2, S. 95 ff.

[383] So *Raddatz* (I), WKR 5.3 - S. 1.

[384] Das wiederum erleichtert ihm eine kooperative Haltung zu seiner KZV und den dort meist angesiedelten Prüfgremien. Der geprüfte Zahnarzt wird möglicherweise erkennen, dass er mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung, des Kassenarztrechts und der Wirtschaftlichkeitsprüfung leben muss und auch leben kann. Vielleicht gelingt es sogar, ihn zu einem – immer unentbehrlicher werdenden – Engagement für dieses System auch und gerade gegenüber seinen Patienten zu motivieren, so hoffnungsvoll jedenfalls *Raddatz* (I), WKR 5.3 - S. 1. Das fruchtbare Gespräch ist allerdings zu unterscheiden vom unausgewogenen Vergleichsangebot, vgl. hierzu Kap. 9.3.2, S. 280 ff.

[385] Nach Ansicht von *Raddatz* ist die Einzelfallprüfung, wo sie wirksam eingesetzt werden kann, die beste Prüfmethode und der statistischen Vergleichsprüfung („Pauschalanalyse") überlegen, vgl. WKR (I) 5.3 - S. 1.

leicht geheilt. Auf die Rekonstruktion der zahnärztlichen Maßnahmen kommt es zumeist nicht an.

Problematisch sind ferner die **Untersuchungen der Patienten**, denn die Rechtsprechung geht allgemein davon aus, dass die versicherten Patienten nicht verpflichtet sind, sich für Untersuchungen im Rahmen eines Prüfverfahrens zur Verfügung zu stellen.[386] Abgesehen von diesen rechtlichen Schwierigkeiten, lässt sich ein entscheidungserheblicher Tatbestand durch körperliche Untersuchungen am Patienten ohnehin nur ausnahmsweise ermitteln. Denn **Beweisthema** bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist **nicht** die Tatsache, **dass** eine **Leistung** erbracht ist, sondern **ob sie notwendig** war, gegebenenfalls auch, ob die erbrachte Leistung mit vertretbarem Aufwand erbracht worden ist. Das hängt wiederum von Umfeldfaktoren ab, über die eine körperliche Untersuchung nur ausnahmsweise Aussagen ermöglicht. Obendrein entzieht sich das ärztliche Handeln zum weitaus größten Teil der Wahrnehmung im Rahmen einer Nachuntersuchung.[387]

Die Einzelfallprüfung erfordert einen hohen Prüfaufwand.

Von einer **Einzelfallprüfung** wurde daher in der **Vergangenheit sehr selten Gebrauch** gemacht. Ging das Bundessozialgericht zu Beginn seiner Rechtsprechung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung noch vom Vorrang der Einzelfallprüfung aus, so wurde diese Rechtsprechung durch das Gesetz und die spätere Rechtsprechung überholt. Nur etwa 5 % - 10 % aller Wirtschaftlichkeitsprüfungen wurden im Wege der Einzelfallprüfung durchgeführt, mehr als 90 % basierten auf der statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten.[388] Erst mit der **Gesundheitsreform 2004 (GMG)** und der hierin normierten Vorrangstellung der Stichprobenprüfung[389] hat der Gesetzgeber der **Einzelfallprüfung** explizit ein größeres Gewicht verliehen.

---

[386] BSG, Urt. v. 29.05.1962 - 6 RKa 24/59 -; *Raddatz* (I), WKR 5.1 - S. 5.

[387] *Raddatz* (I), WKR 5.3 - S. 1 ff.

[388] Allerdings wird die statistische Vergleichsprüfung oftmals ergänzt durch die so genannte beispielhafte Prüfung von Einzelfällen, vgl. hierzu auch Kap. 5.4, S. 84 ff.

[389] Vgl. hierzu Kap. 4, S. 67 ff.

5.2. Strenge Einzelfallprüfung

Bei der strengen Einzelfallprüfung ist der **Krankheitszustand** des **einzelnen Patienten** entscheidender Ausgangspunkt; ein Beurteilungsspielraum steht den Prüforganen nicht zu; die Unwirtschaftlichkeit ist vielmehr anhand eines jeden geprüften Einzelfalles zu belegen.[390] Das Bundessozialgericht fordert, dass die Einzelfallprüfung bei der Erkrankung des Patienten anzusetzen hat und dementsprechend **dessen konkrete Situation aufzuklären** ist.[391] Eine solche Tatsachenfeststellung hat jeden einzelnen Fall als gesonderte und **individuelle Gegebenheit** zu erfassen und darzulegen. Hierbei ist primär auch eine Heranziehung des Patienten zu erwägen.

Bei der strengen Einzelfallprüfung steht die Erkrankung des Patienten im Vordergrund.

Auf die unmittelbare Untersuchung der Patienten kann jedoch verzichtet werden, wenn die festzustellende Indikationslage sich ebenso direkt und unmittelbar aus einer (objektiven) Befundunterlage oder einem sonstigen Beweismittel ergibt. Insofern kommen von den im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte aufgeführten Beweismitteln[392] lediglich **Röntgenaufnahmen** als geeignete Beweismittel in Betracht.

Röntgenaufnahmen sind die typischen Beweismittel in einer Einzelfallprüfung.

Die weiteren **eigenen Unterlagen** des Zahnarztes wie etwa Behandlungsausweise, Aufzeichnungen, Verordnungen, Bescheinigungen und das entsprechende Zahlenmaterial der KZV ermöglichen nach Ansicht des Bundessozialgerichts dagegen **keinen** unmittelbaren **Aufschluss** über die **medizinische Indikation** und über die **Notwendigkeit** der durchgeführten Maßnahmen.[393]

---

[390] BSG, Urt. v. 08.04.1992 - 6 RKa 34/90 -.
[391] BSG, Urt. v. 02.06.1987 - 6 RKa 19/86 -.
[392] § 7 Abs. 2 der Anlage 4 zum BMV-Z.
[393] BSG, Urt. v. 08.04.1992 - 6 RKa 34/90 -; BSG, Urt. v. 02.06.1987 - 6 RKa 19/86 -.

5.3. Repräsentative / eingeschränkte Einzelfallprüfung

5.3.1. Grundlagen

Das Bundessozialgericht hat neben der strengen Einzellfallprüfung auch eine so genannte „**repräsentative**" (oder auch „eingeschränkte") **Einzelfallprüfung** zugelassen.[394] Im Unterschied zur „strengen Einzelfallprüfung", bei der sich die Begründung der Unwirtschaftlichkeit auf jeden einzelnen Behandlungsfall des geprüften Quartals erstrecken muss, ist bei der repräsentativen Einzelfallprüfung nur eine **repräsentative Auswahl** der Behandlungsfälle des Arztes je Quartal zu untersuchen. Sodann werden die Ergebnisse dieser Prüfung, insbesondere der so ermittelte unwirtschaftliche Behandlungsumfang, auf die Gesamtheit der Fälle **hochgerechnet**.

Bei der repräsentativen Einzelfallprüfung erfolgt eine Hochrechnung.

Man spricht von einer **Hochrechnung von Ergebnissen** aus der Einzelfallprüfung.[395] Es handelt sich im Grunde um eine Einzelfallprüfung. Denn es findet keine an statistischen Werten orientierte Vergleichsbetrachtung statt.[396] Nur das, was die **Durchsicht der Behandlungsunterlagen, gegebenenfalls** auch eine **körperliche Untersuchung** ergibt, begründet die Feststellung der Unwirtschaftlichkeit und zwar sowohl dem Grunde wie auch der Höhe nach.

Der einzige **Unterschied zur strengen Einzelfallprüfung** besteht darin, dass **nicht alle Behandlungsunterlagen** vollständig durchgesehen werden, sondern lediglich eine nach Zufallskriterien **bestimmte Quote**. Wenn auf diese Weise zum Beispiel die Hälfte der Behandlungsausweise durchgesehen wird, die ein Arzt für ein Quartal abgerechnet hat, werden die kostenmäßigen Auswirkungen der dabei getroffenen Beanstandungen mit zwei multipliziert.[397]

Geprüft wird nur ein Teil der Behandlungsunterlagen.

Das **Ergebnis** einer repräsentativen Einzelfallprüfung ist in seiner Aussagefähigkeit allerdings **begrenzt**, da bei ihr die **Angaben** des geprüften **Arztes** zugrunde gelegt werden. Die Ergebnisse können aber geeignete Grundlagen einer wertenden Entscheidung der Prüfgremien sein, dass die Behandlung eines Arztes unwirtschaftlich ist.[398]

---

[394] BSG, Urt. v. 08.04.1992 - 6 RKa 27/90 -; *Raddatz* (I), WKR 5.3 - S. 15.
[395] *Raddatz* (I), WKR 5.1 - S. 3.
[396] Vgl. zur statistischen Vergleichsprüfung ausführlich Kap. 6, S. 91 ff.
[397] *Raddatz* (I), WKR 5.1 - S. 3.
[398] BSG, Urt. v. 08.04.1992 - 6 RKa 27/90 -.

5.3.2. Voraussetzungen der repräsentativen Einzelfallprüfung

Die Durchführung der repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung ist nach Ansicht des Bundessozialgerichts nur unter den **folgenden Voraussetzungen** zulässig: Pro Quartal und Kassenbereich sind **mindestens 20 % der abgerechneten Fälle** – mindestens jedoch 100 Behandlungsfälle - zu überprüfen, um eine mathematisch-statistisch verwertbare Aussage über die gleich gelagerte Verhaltensweise des Arztes zu erhalten.[399] Es muss dabei sichergestellt sein, dass die so zu prüfenden Einzelfälle **nach generellen Kriterien** ermittelt werden.[400]

Die Auswahl der geprüften Einzelfälle muss nach generellen Kriterien erfolgen.

Ergibt beispielsweise die Prüfung von 100 der insgesamt 400 abgerechneten Fälle zusammen einen unwirtschaftlichen Aufwand von 2.000,- Euro, so steht folglich eine Kürzungssumme von 8.000,- Euro im Raum. Hiervon ist nun ein **Sicherheitsabschlag von etwa 25 %** abzuziehen, um die mit der Hochrechnung verbundenen Unsicherheiten bei der Feststellung der Gesamtwirtschaftlichkeit abzugelten.[401] Die Kürzungssumme darf daher maximal 6.000,- Euro betragen.

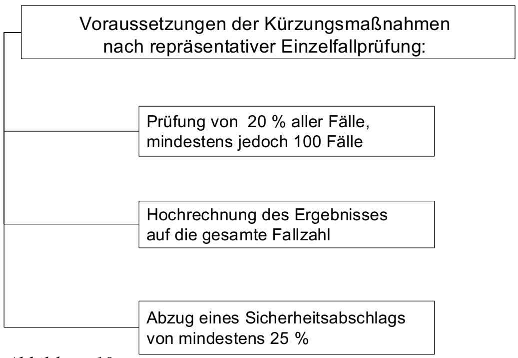


Abbildung 19

---

[399] BSG, Urt. v. 14.07.1993 – 6 RKa 13/91 -; BSG, Urt. v. 06.09.2000 – B 6 KA 46/99 R -. Dies gilt selbst dann, wenn in einem Quartal 112.000 Behandlungsfälle auszuwerten sind (hier: Laborarzt). Eine Beschränkung der Prüfung auf nur 10 % aller Fälle kommt nach Ansicht des BSG auch bei diesen hohen Fallzahlen nicht in Betracht, vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 72/03 -. Diese strenge Forderung dürfte in der Prüfpraxis nicht zu realisieren sein, womit die Wirtschaftlichkeitsprüfung in Fällen, in denen eine statistische Vergleichsprüfung nicht zulässig ist, ins Leere läuft.

[400] BSG, Urt. v. 08.04.1992 – 6 RKa 27/90 -; nach erneuter Prüfung festhaltend, BSG, Urt. v. 14.07.1993 – 6 RKa 13/91 -; vgl. auch *Spellbrink*, S. 317, Rn. 765; *Raddatz* (I), WKR 5.3 - S. 15.

[401] BSG, Urt. v. 08.04.1992 – 6 RKa 27/90 -. Ein Sicherheitsabschlag von nur 5 % reicht nicht aus, selbst bei großer Fallzahl, vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 72/03 -. Vgl. kritisch – insbesondere zur Annahme eines Sicherheitsabschlages von 25 % - *Spellbrink*, S. 320, Rn. 772 ff.

Streng zu **unterscheiden** ist jedoch die Beanstandung von Einzelfällen, die eindeutig eine **sachliche und rechnerische Richtigstellung** begründen. Erfüllt eine Leistung nicht die nach der Gebührenordnung gestellten Abrechnungsvoraussetzungen, so handelt es sich nicht um eine unwirtschaftliche Erbringung, sondern um eine **Falschabrechnung**, die zu **berichtigen ist**. Werden Einzelfälle sachlich-rechnerisch berichtigt, darf hierauf auch **keine Hochrechnung** gestützt werden.[402]

5.4. Beispielhafte Prüfung von Einzelfällen

Die **beispielhafte** Prüfung von Einzelfällen ist keine typische Einzelfallprüfung, sondern **Teilstück** der **statistischen Vergleichsprüfung** nach Durchschnittswerten.[403] Sie dient der **Beleuchtung** der ärztlichen Behandlungs- oder Verordnungsweise und ist für diejenigen Fälle vorgesehen, in denen eine statistische Abweichung der Abrechnungswerte des geprüften Zahnarztes zum Durchschnitt seiner Fachgruppe zwar auffällig ist, aber noch keinen ausreichenden Schluss auf eine Unwirtschaftlichkeit zulässt.[404]

Die beispielhafte Prüfung von Einzelfällen ist Bestandteil
der statistischen Vergleichsprüfung.

Die aus der beispielhaften Prüfung anhand von Einzelfällen gewonnenen Erkenntnisse müssen nicht anhand der vollständigen Behandlungsunterlagen durchgesehen werden. Sie begründen weder die Feststellung der Unwirtschaftlichkeit, noch bestimmen sie das Ausmaß einer etwaigen Prüfmaßnahme. Sie dienen lediglich als **Beleg** dafür, dass die im Bereich der „**Übergangszone**“ oder des „**offensichtlichen Missverhältnisses**“ befindliche Überschreitung der Grenzwerte tatsächlich auf **Unwirtschaftlichkeit** beruht.[405]

---

402 BSG, Urt. v. 14.07.1993 – 6 RKa 13/91 -; vgl. auch *Hesral*, S. 74, Rn. 250.

403 Vgl. hierzu Kap. 6, S. 91 ff.

404 Vgl. zu den Grenzwerten der statistischen Vergleichsprüfung und ihrer Bedeutung Kap. 6.4, S. 102 ff. und Kap. 6.7, S. 127 ff.
Eine solche Situation hatte das BSG in einem Prüffall vorgefunden, bei dem ein Arzt die Arzneikosten im Vergleich zu den Kollegen zwischen 15 und 40 % überschritten hatte und sich damit noch nicht im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses, sondern noch im Bereich der Übergangszone (vgl. hierzu Kap. 6.4.3, S. 103 ff.) befand. Die Prüfinstanzen durften sich nach Ansicht des BSG hier nicht mit einer pauschalen vergleichenden Betrachtung begnügen. Sie mussten – zumindest anhand einer die Verordnungsweise des Klägers „genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen“ – den Nachweis der unwirtschaftlichen Verordnungsweise führen, vgl. BSG, Urt. v. 15.05.1963 - 6 RKa 21/60 -; vgl. auch BSG, Urt. v. 20.09.1988 - 6 RKa 22/87 -.

405 Vgl. hierzu das Kap. 6.4.3, S. 103 ff.

Die beispielhafte Einzelfallprüfung dient auch als **Erklärungsversuch** anhand von Beispielen, um dem **Arzt** die **Gründe** für die Annahme der Unwirtschaftlichkeit **zu erläutern**.[406] Von einer „Beispielprüfung" wird auch gesprochen, wenn Beispiele gewonnen werden, um der von der Rechtsprechung geforderten **„intellektuellen Prüfung"** zu genügen.[407]

Die beispielhafte Einzelfallprüfung dient lediglich als
Beleg für die Vermutung einer Unwirtschaftlichkeit.

Allerdings darf diese beispielhafte **Einzelfallprüfung nicht** mit der **statistischen Vergleichsprüfung vermengt** werden, weil jede von ihnen nur dann zu rechtlich tragbaren Ergebnissen führt, wenn die ihr **eigenen Gesetzmäßigkeiten beachtet** werden. Die **Durchsicht** von Behandlungsscheinen kann im Ergebnis einer Vergleichsprüfung zwar **zusätzliche Erkenntnisse** vermitteln, sie kann die aus methodischer Sicht erforderlichen Feststellungen aber nicht ersetzen.[408] Die beispielhafte Prüfung von Einzelfällen kann daher nicht im Sinne einer strengen oder repräsentativen Einzelfallprüfung ausgewertet werden, sondern verbleibt lediglich Bestandteil der statistischen Vergleichsprüfung. Das **unterscheidet** die **beispielhafte** Heranziehung von Einzelfällen zur Beleuchtung der zahnärztlichen Behandlungsweise maßgeblich von der **Hochrechnung von Ergebnissen** aus der Einzelfallprüfung.[409]

---

406 BSG, Urt. v. 02.06.1987 – 6 RKa 19/86 -; vgl. auch *Dahm*, S. 51, Rn. 138.

407 Vgl. hierzu Kap. 6.8, S. 131 ff.

408 BSG, Urt. v. 12.10.1994 – 6 RKa 6/93 -.

409 Nach gegenteiliger Ansicht von *Dahm* kann es jedoch dahinstehen, ob die repräsentative Einzelprüfung mit der „beispielhaften" Einzelprüfung identisch ist, da beide im Ergebnis zu gleichen Aussagen kommen dürften, vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 5.1 - S. 3.

5.5. Die zahnärztliche Behandlung in der Einzelfallprüfung

5.5.1. Bedeutung der Einzelfallprüfung

Das **Bundessozialgericht** hat schon in seiner ersten Entscheidung zum geltenden Kassenarztrecht im Jahr 1959 ausgeführt, dass sich „gerade auf dem Gebiet der **Zahnheilkunde** Fälle denken" ließen, „in denen eine nachträgliche Überprüfung einzelner Behandlungsmaßnahmen (zum Beispiel Extraktionen, Füllungen) ohne weiteres möglich ist und weder besondere Schwierigkeiten noch unverhältnismäßigen Aufwand verursacht."[410]

Die zahnärztliche Behandlung ist für eine Einzelfallprüfung gut geeignet.

So können etwa – eventuell **unnötige** - Wiederholungen von **Füllungen** innerhalb der letzten vier Prüfquartale überhaupt nur durch eine **Einzelfallprüfung** festgestellt werden. Auch die Erneuerung eines erheblichen Teils der gelegten Füllungen nach einem, zwei oder drei Jahren kann auf eine unwirtschaftliche, wenn nicht gar medizinisch unzulängliche Leistungserbringung hindeuten und im Zweifelsfall durch eine statistische Vergleichsprüfung nicht aufgedeckt werden, sofern die Erneuerung der Füllung nicht ohnehin unter die zahnärztliche Gewährleistungspflicht fällt.[411]

5.5.2. Beurteilung zahnärztlicher Nachbehandlungen

Das Bundessozialgericht hat für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zahnärztlicher **Nachbehandlungen**[412] eine Einzelfallprüfung sogar ohne Nachuntersuchungen und ohne Röntgenaufnahmen gebilligt.[413]

Einzelfallprüfungen sind bei bestimmten Leistungen auch
ohne Nachuntersuchungen und Röntgenaufnahmen möglich.

---

[410] BSG, Urt. v. 27.11.1959 - 6 RKa 4/58 -; vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 5.1 - S. 5.

[411] § 136 b Abs. 2 S. 3 SGB V. Gleiches gilt unter Umständen für die medizinisch noch nicht indizierte Füllung eines Zahnarztes. Häufiger dürfte in der Praxis allerdings der Fall vorkommen, dass ein Zahnarzt im Rahmen einer Gebiss-Sanierung vorhandene Füllungen, vielleicht von einem anderen Kollegen gelegt, in unnötigem Ausmaß erneuert, vgl. hierzu auch ausführlich *Raddatz* (I), WKR 5.3 - S. 8 ff.

[412] BEMA-Nr. 38, vgl. hierzu Kap. 8.23, S. 230 ff.

[413] BSG, Urt. v. 26.09.1984 - 6 RKa 4/83 -.

Im entschiedenen Fall hatte der beklagte Beschwerdeausschuss die für acht Quartale abgerechneten **Nachbehandlungen**[414] in **drei Gruppen** eingeteilt: Hierbei wurde folgendes festgestellt:

- Bei der **ersten Gruppe** ergaben sich die **Indikationen** aus den Krankenscheinangaben selbst (zum Beispiel Nachblutungen, Entfernung von Wurzelresten).
- Für die **zweite Gruppe** konnte aus den **Krankenscheinangaben** auf Krankheitszustände geschlossen werden, die die Nachbehandlungen geradezu zwingend notwendig machten (z.B. Osteotomien, Zystenoperationen durch Zystektomien).
- Dagegen hatten die Krankenscheine für eine **dritte Gruppe** abgerechneter Nachbehandlungen **keine erkennbaren Indikationen** ausgewiesen. Insoweit wurde für diese dritte Gruppe der Nachweis der Wirtschaftlichkeit als nicht geführt angesehen; die entsprechenden **Leistungsansätze** wurden **berichtigt**, das Honorar gekürzt.[415]

5.5.3. Beweisunsicherheit der Einzelfallprüfung

Das Bundessozialgericht hat allerdings im weiteren Verlauf festgestellt, dass die repräsentative Einzelfallprüfung im Vergleich zur echten Einzelfallprüfung und zur statistischen Vergleichsprüfung vor allem hinsichtlich der **Beweissicherheit** ebenso mit **Nachteilen** verbunden ist wie im ärztlichen Bereich.[416] Dies gilt insbesondere dann, falls es sich bei der Einzelfallprüfung um eine reine **Schlüssigkeitsprüfung** handelt. Eine solche liegt vor, wenn die gekürzten **Leistungen im Nachhinein nicht mehr überprüft werden können**, da regelmäßig objektive Unterlagen, aus denen sich die Erforderlichkeit dieser Leistungen zur Behandlung des Patienten belegen lässt, nicht vorhanden sind. Es handelt sich hierbei um die folgenden Leistungen:

- Behandlung überempfindlicher Zahnflächen (BEMA-Nr. 10),
- Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (BEMA-Nr. 38),
- lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen (BEMA-Nr. 105),
- Entfernung harter Zahnbeläge (BEMA-Nr. 107),
- Orthopantomogramm (BEMA-Nr. Ä 935 d).[417]

---

[414] Vgl. hierzu auch Kap. 8.23, S. 230 ff.
[415] BSG, Urt. v. 26.09.1984 – 6 RKa 4/83 -.
[416] BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -.
[417] BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -; vgl. die nähere Darstellung aller genannten Ziffern in Kap. 8, S. 155 ff.

In solchen Fällen scheidet eine Einzelfallprüfung aus, da sie ausschließlich zurückgreifen kann auf die Aussagen und Behandlungsmethoden des geprüften Zahnarztes. Dies klärt jedoch nicht die Frage, ob die erbrachte Leistung im konkreten Fall **tatsächlich „notwendig**“ im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes war.[418] Eine Befragung der Patienten scheidet im Regelfall ebenfalls aus.

5.5.4. Vorrang der statistischen Vergleichsprüfung

Die Einzelfallprüfung ist daher an die **Voraussetzung** geknüpft, dass sie **ohne unverhältnismäßige Schwierigkeiten** und Aufwendungen durchgeführt werden kann.[419] Bestehen solche Schwierigkeiten, ist die Einzelfallprüfung dagegen **grundsätzlich ausgeschlossen**, wenn gleichzeitig eine statistische Vergleichsprüfung möglich ist.[420] Das Bundessozialgericht hat die Auffassung vertreten, dass „die Entscheidung für die repräsentative Einzelfallprüfung dann, wenn eine statistische Vergleichsprüfung durchführbar ist, nicht zu einer größeren Annäherung an ein **gerechtes** Ergebnis, sondern nur zu **Defiziten** hinsichtlich der **Rationalität des Prüfverfahrens** und der Nachvollziehbarkeit der betroffenen Entscheidung der Prüfgremien führt“.[421] Deshalb müsse dann, wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen, der statistischen Vergleichsprüfung der Vorzug gegeben werden.

Das **Bundessozialgericht** hatte für die Wirtschaftlichkeitsprüfung im ärztlichen Bereich bereits im Jahre 1962 festgestellt:

> *„Abgesehen von vergleichsweise seltenen und weniger bedeutsamen Fällen, in denen eine Einzelprüfung praktisch durchführbar ist, bedarf es für den Nachweis der Unwirtschaftlichkeit nicht der Einzelprüfung, wenn diese nicht durchführbar ist oder unverhältnismäßige Schwierigkeiten oder Aufwendungen verursachen würde. Wenn bei einer KV vierteljährlich 800.000 Krankenscheine abzurechnen und davon ein Viertel nachzuprüfen sind, so sind die Voraussetzungen für eine Einzelprüfung nicht gegeben.“* [422]

Das Bundessozialgericht hat sogar festgestellt, dass die Prüfgremien ihre **Prüfungspflichten verletzen** können, wenn sie statt der möglichen statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten die Einzelfallprüfung **bevorzugen**.[423] Wegen des ungünstigen Verhältnisses von Aufwand und Erfolg kann die Einzel-

---

418 Vgl. hierzu eingehend Kap. 2.1, S. 17 ff.
419 BSG, Urt. v. 26.09.1984 – 6 RKa 4/83 -; *Raddatz* (I), WKR 5.3 - S. 10/1.
420 BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -; *Raddatz* (I), WKR 5.3 - S. 10/1; vgl. zur statistischen Vergleichsprüfung ausführlich Kap. 6, S. 91 ff.
421 BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -.
422 BSG, Urt. v. 29.05.1962 – 6 RKa 24/59 -.
423 BSG, Urt. v. 02.06.1987 – 6 RKa 19/86 -.

fallprüfung daher selbst durchaus „**unwirtschaftlich**" sein. [424] Die Wahl der Prüfungsmethode ist daher nicht rechtmäßig, wenn im Einzelfall die Schwierigkeiten und Aufwendungen in **keinem sachgerechten Verhältnis** zum angestrebten Erfolg stehen und die Prüfung für die Mitglieder des Ausschusses – insbesondere für die der Krankenkassen – **unzumutbar** ist.[425]

Die Einzelfallprüfung muss im angemessenen Verhältnis
zum angestrebten Erfolg stehen.

Es wird sich zeigen, ob diese Entscheidung angesichts der **heute** ausdrücklich **gegenteiligen Wertung des Gesetzgebers** und der Forderung nach einer **qualitativ** umfassenden Überprüfung der Wirtschaftlichkeit[426] auch künftig in dieser Weise Geltung beanspruchen kann.

---

[424] Kürzungen und Regresse aufgrund von Einzelfallprüfungen sind in der Praxis eher ein Nebenprodukt, wenn die Prüfgremien versuchen, für das unwirtschaftliche Verhalten eines Vertragsarztes Beispiele zu gewinnen, ohne dass diese für sich gesehen für eine pauschale Maßnahme ausreichend beweiskräftig wären, vgl. *Dahm*, S. 50, Rn. 134.

[425] BSG, Urt. v. 26.09.1984 - 6 RKa 4/83 -; *Raddatz* (I), WKR 5.3 - S. 10/1. Im Widerspruch dazu steht das aktuelle Urteil des BSG, in welchem bei einem Laborarzt mit 112.000 Behandlungsscheinen eine prozentuale Prüfung von (nur) 10 % aller Scheine nicht für ausreichend gehalten wurde (!), vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 72/03 -.

[426] Vgl. hierzu Kap. 4.1.2, S. 69 ff.

6 Statistische Vergleichsprüfung

6.1. Grundlagen

Die statistische Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten erfolgt durch die **Gegenüberstellung** der durchschnittlichen **Honoraranforderung** des geprüften **Zahnarztes** mit derjenigen seiner **Vergleichsgruppe**. **Maßstab** für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist somit der **durchschnittliche Behandlungsaufwand** der **Vergleichsgruppe** in dem zu prüfenden Quartal. Zu diesem Zweck wird eine computergestützte **Statistik** erstellt, um das Leistungs- und Abrechnungsverhalten des Zahnarztes im Verhältnis zur Vergleichsgruppe zu beurteilen (sog. „Fachgruppenvergleich“).[427]

Der geprüfte Zahnarzt wird mit den Werten seiner Kollegen verglichen.

Ein **Verstoß** gegen das **Wirtschaftlichkeitsgebot**[428] im Sinne einer Unwirtschaftlichkeit wird dann **angenommen**, wenn die Werte des zu prüfenden Zahnarztes so **erheblich über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe** liegen,[429] dass dies nicht mehr durch Unterschiede der Praxisstruktur oder der spezifischen Behandlungsnotwendigkeiten erklärbar ist, weshalb als Ursache der erhöhten Aufwendungen auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise geschlossen werden kann.[430]

Seit Jahrzehnten war die **statistische Vergleichsprüfung** nach Durchschnittswerten **im Gesetz** als verpflichtende **Regelprüfmethode** in der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgesehen[431] und von der Rechtsprechung als Prüfmethode eingefordert.[432] Wohl **mehr als 90 % aller Verfahren** der Wirtschaftlichkeitsprüfung wurden mit dieser Methode durchgeführt, die in den vergangenen Jahrzehnten insbesondere durch die Rechtsprechung des **Bundessozialgerichts** weiter **ausdifferenziert** und **verfeinert** worden war.

Der statistische Vergleich mit der Fachgruppe
war bislang die Regelprüfmethode.

---

427 Vgl. hierzu Kap. 6.2.3., S. 96 ff.
428 Vgl. hierzu ausführlich Kap. 2.1, S. 17 ff.
429 Vgl. zu den Grenzwerten Kap. 6.4, S. 102 ff.
430 St. Rspr., vgl. nur BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -; vgl. hierzu eingehend Kap. 6.7, S. 127 ff.
431 § 106 Abs. 2 SGB V a.F.; vgl. etwa BSG, Urt. v. 15.03.1995 – 6 RKa 37/93 -.
432 St. Rspr., vgl. etwa BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -; BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R - m.w.N.

6.1.1. Begrifflichkeiten

Bis heute existiert für die Prüfmethode der statistischen Vergleichsprüfung im Übrigen **keine feststehende Bezeichnung**, wie dies etwa bei der „Richtgrößenprüfung“[433] der Fall ist. Im Gesetzestext, in der Kommentarliteratur und in der Rechtsprechung finden sich die folgenden unterschiedlichen **Begrifflichkeiten**:

- Statistische Vergleichsprüfung,[434]
- Arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten,[435]
- Auffälligkeitsprüfung,[436]
- Prüfung nach Durchschnittswerten,[437]
- Pauschalanalyse.[438]

All diese Begriffe meinen dasselbe, sind jedoch nicht nur für die Juristen, sondern vermutlich auch für die Ärzte und Zahnärzte eher verwirrend. Eine einheitliche Definition wäre daher wünschenswert. Die **Autorin** verwendet den in der Rechtsprechung verwendeten Begriff **„statistische Vergleichsprüfung“**.

6.1.2. Bisherige Regelprüfmethode und ihre Vorteile

Die **statistische Vergleichsprüfung** ist nach Ansicht des Bundessozialgerichts diejenige Methode, die typischerweise die **umfassendsten Erkenntnisse** erbringt.[439] Denn die statistische Vergleichsprüfung ist nicht nur **effizient**, sie ermöglicht im Rahmen der ergänzenden **intellektuellen Prüfung**[440] auch die Berücksichtigung **praxisindividueller Aspekte**.[441]

---

433 Prüfung der Arzneimittelverordnungen anhand von Richtgrößen, die von den Krankenkassen und der KV als Orientierung für das zulässige Verordnungsvolumen je Patient vereinbart werden, vgl. hierzu § 106 Abs. 2 i.V.m. § 84 SGB V.

434 So auch BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -; *Gaus*, S. 3 ff.

435 So § 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V a.F.

436 So § 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V n.F.

437 So *Spellbrink*, S. 195 ff.

438 So *Raddatz* in WKR I.

439 St. Rspr., vgl. nur BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -, zuletzt (auch nach der Gesundheitsreform 2004) bestätigt durch BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 79/03 R -. Kritisch jedoch (mit Darstellung der Vor- und Nachteile der statistischen Vergleichsprüfung und weiteren Nachweisen kritischer Stimmen aus der Literatur) der Statistiker *Gaus*, S. 13 ff. Kritisch in verfassungsrechtlicher Hinsicht auch *Maaß*, NZS 2000, S. 109 ff.

440 Vgl. hierzu Kap. 6.8, S. 131 ff.

441 BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -; BSG, Urt. v. 09.03.1999 – 6 RKa 18/92 -; BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -.

Hierbei werden das Behandlungsverhalten des geprüften Zahnarztes, eventuell unterschiedliche Behandlungsweisen innerhalb der Vergleichsgruppe sowie die vom Zahnarzt geltend gemachten **Praxisbesonderheiten** untersucht und gewürdigt. Damit besteht auch innerhalb der statistischen Vergleichsprüfung hinreichend Raum, um den **individuellen Besonderheiten** der **einzelnen Praxis** nachgehen zu können.

Die statistische Vergleichsprüfung ermöglicht die umfassendsten Ergebnisse.

Die statistische Vergleichsprüfung hat schließlich nach Ansicht des Bundessozialgerichts gegenüber der repräsentativen Einzelfallprüfung folgenden entscheidenden Vorzug: Sie vermittelt **Informationen** darüber, wie sich die **Honoraranforderung** des geprüften Zahnarztes zu derjenigen seiner **Kollegen** verhält, die prinzipiell gleiche Gesundheitsstörungen behandeln und die - wie der geprüfte Zahnarzt - um die wirtschaftliche Gestaltung ihrer Behandlungsweise bemüht sind.[442]

Die **Kenntnis dieser Vergleichswerte** ist für jede Wirtschaftlichkeitsprüfung von maßgeblicher **Bedeutung**, weil durch sie erst der Weg freigemacht wird, gezielt nach den **Gründen für eine Überschreitung** der Durchschnittswerte zu suchen. Diese beruht nach Ansicht des Bundessozialgerichts nämlich niemals auf zufälligen Gegebenheiten, sondern hat stets eine in den Praxisumständen oder der Behandlungsweise des Zahnarztes wurzelnde Ursache.[443]

6.1.3. Änderungen durch die Gesundheitsreform 2004

Mit der Gesundheitsreform 2004 (GMG) wurde jedoch die bisherige Regelprüfmethode der **statistischen Vergleichsprüfung** in der maßgeblichen Vorschrift des § 106 SGB V als Prüfmethode **gestrichen**. Es sei anhand einer Untersuchung festgestellt worden, dass die statistische Vergleichsprüfung ein qualitativ minderwertiges Prüfungsverfahren darstelle, da sie ausschließlich auf statistischen Auffälligkeiten basiere und **verdeckte Unwirtschaftlichkeiten** nicht erkennbar würden.[444] Insbesondere könnten die einzelnen **Arztgruppen** durch ihr Leistungs- und

---

[442] BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -.

[443] BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -.

[444] Bei den (zahn)ärztlichen Leistungen könne die mit der Durchschnittsprüfung angestrebte Vermeidung einer übermäßigen Mengenausweitung der abgerechneten Leistungen künftig sachgerechter im Rahmen anderer Prüfungsinstrumente erreicht werden, insbesondere durch eine stringente Ausgestaltung und systematische Durchführung der sog. Plausibilitätsprüfungen der ärztlichen Leistungsabrechnungen durch die KVen nach § 106 a SGB V, vgl. Gesetzesbegründung zu § 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 172.

Verordnungsverhalten die Höhe der **Durchschnittswerte** – und damit die Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit – nachhaltig **beeinflussen**.[445]

Der Gesetzgeber gibt der Zufälligkeitsprüfung den Vorrang.

Die vom Gesetzgeber **favorisierte Methode** ist heute die **Zufälligkeitsprüfung** (oder auch Stichprobenprüfung).[446]

6.1.4. Notwendigkeit der Regelung in der Prüfvereinbarung

Es steht den Vertragspartnern allerdings nach dem neuen Gesetzeswortlaut ausdrücklich frei, die statistische Vergleichsprüfung auch künftig als **Prüfmethode** in der **Prüfvereinbarung** vertraglich zu vereinbaren.[447] Diese Prüfmethode wird damit zwar **erhalten bleiben**, soll jedoch künftig **nachrangig** sein.

In der Prüfvereinbarung kann auch künftig die Prüfmethode
der statistischen Vergleichsprüfung vorgesehen werden.

Allerdings ist es verwunderlich, dass eine Prüfmethode angesichts ihrer jahrzehntelangen Anwendung, Konkretisierung und Bestätigung durch die Prüfgremien und das Bundessozialgericht plötzlich eine so kategorische Ablehnung erfährt. Die Vorteile der statistischen Vergleichsprüfung sind auch künftig überzeugend, wenngleich die Unterstellung einer Manipulation der Statistiken durch einige Ärzte und Zahnärzte nicht völlig abwegig sein muss. Ob diese potentiellen Nachteile der Prüfmethode jedoch stärker wiegen als die mit der Zufälligkeits- und Einzelfallprüfung verbundenen Nachteile,[448] wird die Zukunft zeigen.

Die **statistische Vergleichsprüfung** wird ungeachtet der Gesetzesänderung nachfolgend **eingehend dargestellt**. Denn es ist davon **auszugehen**, dass in den **Prüfvereinbarungen** auch künftig die statistische Vergleichsprüfung als Prüfmethode vorgesehen ist und in **großem Maße Anwendung** finden wird. Im Übrigen sind die Prinzipien dieser Prüfmethode auch im Rahmen der **Zufälligkeitsprüfung** anwendbar, falls sich bei näherer Betrachtung der zufällig geprüften Zahnärzte zugleich statistische Auffälligkeiten ergeben.[449]

---

445 Vgl. Gesetzesbegründung zu § 106 Abs. 2 S. 1 SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 172.
446 Vgl. hierzu ausführlich Kap. 4, S. 67 ff.
447 § 106 Abs. 2 S. 4 SGB V.
448 Vgl. etwa die Forderung des BSG, selbst bei Durchführung einer repräsentativen Einzellfallprüfung mit 112.000 Scheinzahlen mindestens 20 % aller Fälle (also 22.400 Fälle!) zu prüfen, BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 72/03 -.
449 Vgl. hierzu Kap. 4.3.1, S. 74 ff.

6.2. Fallzahl, Fallwert und Statistik

6.2.1. Fallzahl

Die **Fallzahl** steht vor und am **Beginn** der statistischen **Vergleichsprüfung**. Zunächst entscheidet die Fallzahl darüber, ob überhaupt eine statistische Vergleichsprüfung **in Betracht kommt**. Die Fallzahl ist die Anzahl aller Behandlungsfälle in der Praxis je Quartal. Die Fallzahl wird auch als **Scheinzahl** bezeichnet.

Hat ein Zahnarzt eine besonders kleine Praxis mit entsprechend **kleiner Fallzahl**, so kommt eine statistische Vergleichsprüfung mit der Vergleichsgruppe nicht in Betracht. Vielmehr wird in diesem Fall eine **Einzelfallprüfung** durchzuführen sein.[450] Es muss folglich eine **ausreichend hohe Fallzahl** abgerechnet worden sein, damit ein statistischer **Vergleich überhaupt möglich** ist. Das Bundessozialgericht hat bei Fallzahlen, die nur **20 % des Fallzahldurchschnitts** der Vergleichsgruppe oder weniger betragen, eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach statistischem Vergleich für unzulässig erklärt.[451]

Voraussetzung für die Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung ist eine ausreichend große Fallzahl der geprüften Zahnarztpraxis.

6.2.2. Fallwert

Der **Fallwert** ist der **wichtigste Baustein** in der statistischen Vergleichsprüfung. Der Fallwert errechnet sich aus dem **durchschnittlichen Leistungsaufwand** für die Behandlung **eines Patienten je Quartal** („Behandlungsfall").[452] Er ergibt sich, indem man die gesamten Behandlungskosten eines Quartals durch die Zahl der im

---

[450] Vgl. hierzu Kap. 5, S. 77 ff. Eine kleine Praxis ist typischerweise keine Praxisbesonderheit, da auch Zahnärzte in kleinen Praxen mit entsprechend mehr Zeit nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen dürfen.

[451] BSG, Urt. v. 09.09.1998 – B 6 KA 50/97 R -.

[452] Vgl. Definition des Behandlungsfalls in § 9 Abs. 1 BMV-Z: „Behandlungsfall im Sinne dieses Vertrages ist bei Leistungen nach den Teilen 1 und 3 des Bewertungsmaßstabes die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung."
Die *Anzahl* der Behandlungsfälle und damit der von den Zahnärzten einer Vergleichsgruppe im Durchschnitt verursachte *Gesamtleistungsaufwand* insgesamt ist demgegenüber kein Vergleichsmaßstab im Rahmen der statistischen Vergleichsprüfung. Diese Zahl dient lediglich als Vergleichsmaßstab für die Beurteilung einer übermäßigen Ausdehnung der Kassenpraxis nach Maßgabe des HVM, eignet sich in ihrer absoluten Höhe hingegen nicht als Grundlage zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit. So muss ein hoher Abrechnungsumfang nicht unwirtschaftlich, ein geringer Abrechnungsumfang nicht zwingend wirtschaftlich sein, so zutreffend *Raddatz* (I), WKR 6.0 - S. 1.

selben Quartal abgerechneten Scheine dividiert. So entsteht eine Messgröße, deren Brauchbarkeit nach der Rechtsprechung bisher als unbestreitbar galt. Wird der Leistungsumfang je Behandlungsfall betrachtet, so werden auch Schwankungen im Abrechnungsumfang, bedingt etwa durch die Praxisstruktur, die Zahl der in der Praxis tätigen Ärzte, durch Urlaub, Krankheit und Ähnliches, bedeutungslos.[453]

Gegenstand des Fallwertvergleichs können entweder die Fallwerte der Fachgruppe im selben Quartal oder die Fallwerte desselben Zahnarztes in früheren Quartalen sein (so genannter „**Vertikalvergleich**“).[454] Die **überragende Bedeutung** des Fallwertvergleichs liegt nach der bisherigen Rechtsprechung im quartalsbezogenen **Fachgruppenvergleich** auf Basis des Fachgruppendurchschnitts.[455] Der Fachgruppendurchschnitt bezieht sich auf den **durchschnittlichen Behandlungsfallwert**, den die **Vergleichsgruppe** abgerechnet hat.[456]

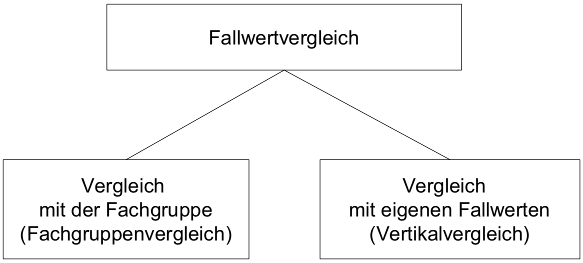


Abbildung 20

6.2.3. Statistik

Das angeforderte **Honorar** des geprüften Zahnarztes, der hierauf basierende **Fallwert** sowie die **Abweichungen** seiner Behandlungskosten zur Fachgruppe werden in entsprechenden **Statistiken** dargestellt. Diese Statistiken weisen in der Regel sowohl für den Zahnarzt als auch für seine Fachgruppe folgende **Merkmale** auf:

---

453 *Raddatz* (I), WKR 6.0 - S. 1.

454 Vgl. zum Vertikalvergleich Kap. 6.3.3, S. 100 ff.

455 BSG, Urt. v. 09.03.1994 – 6 RKa 18/92 -; BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -. Vgl. zur Fallwert-Kritik *Raddatz* (I), WKR 6.0 - S. 2.

456 Die Festsetzung des durchschnittlichen Fallwertes (auch Fallkosten oder Mittelwert) als Norm für das behauptete wirtschaftliche Verhalten einer Arztgruppe setzt allerdings eine ausreichend große und ausreichend homogene Vergleichsgruppe voraus, vgl. hierzu Kap. 6.6.4, S. 124 ff.

- Leistungsbedarf in Punkten[457] **gesamt** und **je Behandlungsfall** (sog. **Summenstatistik**),
- Leistungsbedarf in Punkten **je Leistungssparte**,
- Leistungsbedarf von **Einzelleistungen** und deren **Häufigkeit** der Abrechnung bezogen auf je 100 Fälle (sog. **Häufigkeitsstatistik**),
- Angabe der jeweiligen **Durchschnittswerte** der **Fachgruppe**,
- Angabe der prozentualen **Abweichung**.

Die Durchschnittswerte sowie die Abweichungen zwischen dem geprüften Zahnarzt und der Fachgruppe werden auf Basis des **arithmetischen Mittelwerts** und der jeweiligen prozentualen Überschreitung ermittelt. Die **statistischen** Abweichungen können jedoch auch durch die **Methode** der so genannten **Gauß'schen Normalverteilung** festgelegt werden.[458]

Die Statistiken sind sehr **uneinheitlich** gestaltet und werden leider nicht in allen KZVen in gleicher Weise übersichtlich und umfassend erstellt. **Unkorrekt** und in rechtlicher Hinsicht nach Ansicht der *Autorin* sogar **unvertretbar** ist eine Statistik, die zu Lasten des Zahnarztes **lediglich** dessen **Überschreitungswerte**, **nicht** jedoch in gleicher Weise die **Unterschreitungswerte** ausweist. Denn dies erschwert es dem Zahnarzt in unzumutbarer Weise, eventuelle Einsparungen zu erkennen und entsprechende Einwendungen zu erheben.

Dennoch stellt die Statistik das **Herzstück** der statistischen Vergleichsprüfung dar. Es ist daher **unabdingbar**, sich eingehend mit den **Zahlen der Statistiken** zu befassen; dies gilt gegebenenfalls auch für die vorausgegangenen und nachfolgenden Quartale.

---

[457] Vgl. zur Vergütung der zahnärztlichen Leistungen nach Punkten Kap. 1.4.1, S. 13 ff.

[458] Vgl. hierzu weiter Kap. 6.4.5, S. 106 ff.

6.3. Annahmen der statistischen Vergleichsprüfung

6.3.1. Wirtschaftliche Behandlungsweise aller Zahnärzte

Die Methode der statistischen Vergleichsprüfung beruht auf der **Vorstellung**, dass die **überwiegende Mehrheit der Vergleichsgruppe** der Ärzte und Zahnärzte im Allgemeinen nach den Regeln der ärztlichen Kunst verfährt und das **Gebot der Wirtschaftlichkeit beachtet**.[459] Daher lassen die Durchschnittswerte einer hinreichend großen Zahl vergleichbarer (Zahn)Ärzte Rückschlüsse auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise und Verordnungsweise des geprüften Arztes zu.[460]

Ob es sich insoweit um eine gesetzliche „Fiktion“, eine widerlegliche „Vermutung“ oder lediglich eine „Annahme" handelt, kann nach Ansicht des Bundessozialgerichts offen bleiben: Denn ausgehend von einem bestimmten, **empirisch ermittelten Behandlungs- und Abrechnungsverhalten** einer Gruppe von Ärzten wird untersucht, wie sich das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes zu diesem verhält. Die **Ergebnisse** dieser Prüfung **können** notwendigerweise **nur relativ sein**, also Aufschluss darüber geben, wie das **Leistungsverhalten** des einzelnen Arztes sich **bezogen** auf das **Verhalten seiner Arztgruppe** in einem bestimmten Zeitraum darstellt. Eine Bewertung des Leistungsverhaltens der Arztgruppe insgesamt als wirtschaftlich oder unwirtschaftlich ist auf diese Weise nicht zu gewinnen.[461]

Es wird angenommen, dass die meisten Ärzte
grundsätzlich wirtschaftlich behandeln.

Allerdings ist die **Annahme eines wirtschaftlichen Verhaltens** der Arztgruppe **keine Voraussetzung** für die statistische Vergleichsgruppe mit der Folge, dass bei Zweifeln an der tatsächlichen Wirtschaftlichkeit des Abrechnungsverhaltens der gesamten Arztgruppe eine solche Prüfung insgesamt ausgeschlossen sei. Könnten allein Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Behandlungsverhaltens der ganzen Vergleichsgruppe Anlass geben, die Durchführung eines statistischen Fachgruppenvergleichs in Frage zu stellen, wäre die statistische Vergleichsprüfung praktisch kaum noch nutzbar.[462]

---

459 Vgl. zum Wirtschaftlichkeitsgebot Kap. 2, S. 17 ff.

460 St. Rspr., vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R - m.w.N.

461 BSG, Urt. v. 12.12.2001 – B 6 KA 7/01 R -.

462 BSG, Urt. v. 12.12.2001 – B 6 KA 7/01 R – m.w.N.: Verlässliche Anhaltspunkte dafür, wann das Leistungsniveau einer Arztgruppe generell oder in Bezug auf einzelne Leistungssparten oder Einzelleistungen als in sich unwirtschaftlich bzw. überhöht zu werten ist, lassen sich nach Ansicht des BSG kaum gewinnen; jede Steigerung der Rechnungswerte könnte Anlass sein, an der Annahme der Wirtschaftlichkeit und des Behandlungsverhaltens der Arztgruppe insgesamt zu zweifeln. Das entspricht jedoch nicht der Zielsetzung des Gesetzes, die nach ständiger Rechtsprechung des Bundesso-

Bei dem Vergleich mit der Fachgruppe ist im Übrigen davon auszugehen, dass die Gesamtheit aller Zahnärzte - im Durchschnitt gesehen - nicht nur wirtschaftlich behandelt hat, sondern „jedenfalls das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen auch nicht **unter**schreitet“.[463] Dies **scheint** jedoch **nur schwer vorstellbar**, wie das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz meint:

> *„Die Abrechnungen aller Ärzte jeder Fachgruppe einschließlich der Abrechnung des geprüften Arztes bewegen sich naturgemäß zwischen Extremwerten, die eher eine Tendenz nach oben als nach unten aufweisen. Es kann nämlich nicht angenommen werden, dass sich jeder Arzt auf das äußerste noch vertretbare Minimum notwendiger Leistungen beschränkt. Die persönliche ärztliche Überzeugung und die Therapiefreiheit bringen vielmehr schon aus Sicherheitsgründen eine durchaus verständliche mehr oder minder große Leistungsausweitung mit sich. Alle Honorarabrechnungen zusammen sind also mit Sicherheit nicht zu knapp, sondern reichlich bemessen."* [464]

6.3.2. Vergleichbares Abrechnungsverhalten

Die **Grundannahme** eines **vergleichbaren** wirtschaftlichen **Verhaltens** ist allerdings dann **erschüttert**, wenn die Vergleichsbasis so unsicher ist, dass aufgrund von Zufällen und Unwägbarkeiten die Gefahr besteht, keine aussagekräftigen Ergebnisse mehr gewinnen zu können. Dies kann passieren, wenn ein **extrem unterschiedliches individuelles Abrechnungsverhalten** nur noch rein rechnerisch zu einem statistisch-mathematischen Mittelwert führt, der tatsächlich nicht oder nur von einzelnen Ärzten abgerechnet wird, die für die Gesamtgruppe in keiner Weise repräsentativ sind.[465]

Notwendig ist ein vergleichbares Abrechnungsverhalten der Vergleichsgruppe.

Mithin müssen bereits **vorab** die **besonderen Strukturen** und das Behandlungsverhalten innerhalb des spezielleren engeren Leistungsbereichs sowie die Praxisumstände des geprüften Zahnarztes **berücksichtigt** werden, um die **Eignung der**

---

zialgerichts dahingehend formuliert wurde, dass das Abrechnungs- und Verordnungsverhalten aller Ärzte zu jeder Zeit einer effektiven Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen muss. Gegebenenfalls kommt jedoch eine Vergleichsprüfung mit den eigenen Abrechnungswerten aus den Vorquartalen in Betracht, vgl. zur so genannten Vertikalprüfung Kap. 6.3.3, S. 100 ff.

[463] BSG, Urt. v. 09.03.1994 - 6 RKa 18/92 -.

[464] LSG Rhl.-Pf., Urt. v. 30.05.1996 - L 5 KA 16/95 -; vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 6.0 - S. 3.

[465] Vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R -. Dieses Risiko schlägt nach Ansicht des BSG besonders dann durch, wenn die Prüfgremien eine sehr kleine Vergleichsgruppe gebildet haben, während bei größeren Gruppen so genannte „Ausreißer“ per se statistisch nicht entscheidend ins Gewicht fallen.

Vergleichsgruppe[466] und den **Aussagewert** der gefundenen Vergleichszahlen zutreffend beurteilen zu können. Liegen bei dem geprüften Zahnarzt besondere Umstände vor, die für die Vergleichsgruppe untypisch sind, so ist der **Beweiswert** der **Statistik eingeschränkt** oder ganz **aufgehoben**.[467]

Der Beweiswert der Statistik kann aufgehoben sein,
falls besondere Umstände vorliegen.

Sind beispielsweise kostenerhöhende Praxisbesonderheiten[468] bekannt oder anhand der Krankenscheine bzw. der Abrechnungsdaten oder der ärztlichen Angaben erkennbar, so müssen ihre jeweiligen Auswirkungen bestimmt werden, noch ehe sich auf der Grundlage der statistischen Abweichungen verlässliche Aussagen über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise treffen lassen.[469] Der statistische Vergleich kann daher nur aufgrund einer vorherigen so genannten „**intellektuellen Prüfung**" durchgeführt werden, aus welcher sich bereits im Vorfeld die **grundsätzliche Geeignetheit** des statistischen Vergleichs überhaupt ergibt.[470]

6.3.3. Vertikalvergleich mit eigenen Werten

Der statistischen Vergleichsprüfung mit der Fachgruppe - im Sinne des „**Horizontalvergleichs**" - ist auch dann die **Grundlage entzogen**, wenn der Vergleich mit dem durchschnittlichen Abrechnungsverhalten der Fachgruppe zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ungeeignet ist. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn der zu prüfende Zahnarzt eine **unvergleichbare, individuelle Praxisausrichtung** hat oder wenn die **Vermutung**, dass der Durchschnitt einer Fachgruppe wirtschaftlich handelt, sich **nicht** als **zutreffend** erweist.

Haben etwa die durchschnittlich abgerechneten **Leistungsmengen** im Vergleich zu den vorherigen Quartalen bei der zahnärztlichen Fachgruppe **insgesamt zugenommen**,[471] dann könnte die Prämisse des grundsätzlich wirtschaftlichen Verhaltens aller Zahnärzte[472] unzutreffend geworden sein. Dies bedeutet jedoch nicht,

---

466 Vgl. hierzu Kap. 6.6, S.119 ff.

467 BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R -. In diesem Fall ging es um einen Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, der die Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen" führte und zugleich belegärztlich tätig war. Diese Besonderheiten waren im Rahmen der statistischen Überprüfung von den Prüfgremien nicht ausreichend berücksichtigt und bewertet worden.

468 Vgl. hierzu ausführlich Kap. 7.1, S. 139 ff.

469 BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R -.

470 Vgl. zur Notwendigkeit der intellektuellen Prüfung Kap. 6.8, S. 131 ff.

471 Typischerweise aufgrund einer Änderung der Vergütungsregelungen.

472 Vgl. hierzu Kap. 6.3.1, S. 98 ff.

dass eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht stattfinden kann. Denn in solchen **besonders gelagerten Fällen**, in denen die **herkömmlichen Prüfmethoden** zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit[473] nicht geeignet sind, dürfen die Prüfgremien nach einer **anderen geeigneten Prüfmethode** suchen und erforderlichenfalls neue, sachgerechte Prüfungsarten entwickeln.[474] In diesem Fall ist auch ein so genannter **Vertikalvergleich** mit den eigenen Werten aus den Vorquartalen zulässig.[475]

Zulässig ist auch die **Kombination beider Prüfmethoden** bezogen auf die Honorarforderung ein und desselben Quartals. Ausgeschlossen ist lediglich die Prüfung des Ansatzes derselben Leistung nach beiden Methoden.[476]

Unter besonderen Voraussetzungen kann der Zahnarzt auch
mit seinen eigenen Werten aus den Vorquartalen verglichen werden.

Um Zufallsergebnisse zu vermeiden, setzt der Vertikalvergleich voraus, dass sich sowohl das **Patientengut** als auch die **Behandlungsstruktur** in den zu vergleichenden Zeiträumen **nicht wesentlich geändert** haben. Für die Bildung des Durchschnittswertes sind außerdem **mindestens vier Quartale** zugrunde zu legen. Es muss ferner **ausgeschlossen** werden, dass es sich bei dem geprüften Quartal um ein einzelnes aus der Reihe fallendes „**Spitzenquartal**" handelt. Der **Arzt** seinerseits kann zum Beweis für die Wirtschaftlichkeit auch darlegen, dass die veränderte Abrechnungsweise den Geboten einer **Fortentwicklung** des **medizinischen Behandlungsstandards** entspricht.[477]

---

473 Vgl. zu den verschiedenen Prüfmethoden die Übersicht in Kap. 3.5, S. 46 ff.

474 BSG, Urt. v. 12.12.2001 - B 6 KA 7/01 R -; BSG, Urt. v. 06.09.2000 – B 6 KA 46/99 R -.

475 BSG, Urt. v. 30.11.1994 – 6 RKa 14/93 -; vgl. zum Vertikalvergleich auch *Spellbrink*, S. 235, Rn. 544 ff.; *Hesral*, S. 19, Rn. 61.

476 BSG, Urt. v. 12.12.2001 - B 6 KA 7/01 R -.

477 *Plagemann*, S. 610, Rn. 161; BSG, Urt. v. 30.11.1994 - 6 RKa 14/93 -; vgl. auch BSG, Urt. v. 09.06.1999 - B 6 KA 21/98 -.

6.4. Überschreitungskategorien nach der Rechtsprechung

6.4.1. Grundlagen

Die statistische Vergleichsprüfung muss für alle Beteiligten **transparent** sein. Die **Anforderungen** an den **Nachweis** der Unwirtschaftlichkeit müssen daher angesichts der damit verbundenen Beweislastumkehr und der Darlegungslast des Arztes[478] eindeutig festgelegt werden. Der **Gesetzgeber** selbst hat jedoch lediglich für die **Richtgrößenprüfung** bei Arznei- und Heilmittelverordnungen bestimmte Grenzwerte festgelegt.[479]

Demgegenüber wurden bei der Prüfung der zahnärztlichen und ärztlichen Behandlungsweise und der darauf basierenden **Honorarforderungen** vom Gesetzgeber **keine bestimmten Grenzwerte** vorgegeben. Das Bundessozialgericht hat jedoch für die Bewertung eventueller Unwirtschaftlichkeiten zumindest **Grenzbereiche** festgelegt und hierbei **drei Kategorien** definiert. Diese werden bezeichnet als „**normale Streuung**“, „**Übergangszone**“ und „**offensichtliches Missverhältnis**“.



Abbildung 21

Es gibt keine festen Grenzwerte bei der statistischen Vergleichsprüfung.

[478] Vgl. hierzu Kap. 6.9.1, S. 133 ff.
[479] § 106 Abs. 2 i.V.m. § 84 SGB V.

6.4.2. Normale Streuung

Der Bereich der „**normalen Streuung**" bewegt sich - unter Zugrundelegung der **arithmetischen Methode**[480] **-** nach ständiger Rechtsprechung bei einem **prozentualen Überschreitungsspielraum** von **0 % bis 20 %** über dem Fachgruppendurchschnitt.[481] Denn jede Durchschnittsbetrachtung muss eine **angemessene Streuung**, das heißt eine angemessene **Abweichung** nach oben, als noch **zulässig** gelten lassen. Erst außerhalb dieser Grenzen kann überhaupt von einer Überschreitung im Sinne der Abweichung von der Norm gesprochen werden.[482]

Geringe Abweichungen vom Fachgruppendurchschnitt sind üblich und normal.

Innerhalb des **Bereiches** der so genannten „**normalen Streuung**" um den Fachgruppendurchschnitt darf somit im Rahmen der statistischen Vergleichsprüfung keine auffällige Abweichung oder gar eine Unwirtschaftlichkeit behauptet werden.[483] Dem Arzt steht vielmehr ein **Freiraum** für ärztliches Handeln zur Verfügung, in welchem Durchschnittsbetrachtungen nicht zur Grundlage von Prüfentscheidungen gemacht werden dürfen.

Der Arzt hat einen gewissen Freiraum für seine medizinischen Entscheidungen.

6.4.3. Übergangszone

Überschreitet die Abweichung der Abrechnungswerte des geprüften Zahnarztes den Bereich der normalen Streuung und reicht hinein in die so genannte „**Übergangszone**", verdichtet sich indes die Vermutung einer unwirtschaftlichen Behandlungs- oder Verordnungsweise des Zahnarztes. Die Übergangszone reicht hierbei von der Obergrenze der normalen Streuung **bis zur Grenze** des so genannten „**offensichtlichen Missverhältnisses**". Der Bereich der Übergangszone wurde nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im Allgemeinen bei Überschreitungen des **Fachgruppendurchschnitts** von etwa **20 % bis etwa 50 %**

---

480 Vgl. hierzu Kap. 6.2.3., S. 96 ff.

481 Vgl. etwa BSG, Urt. v. 06.09.2000 – B 6 KA 24/99 – m.w.N.; BSG, Urt. v. 04.08.1992 – 14a/6 RKa 4/90 -; BSG, Urt. v. 15.05.1963 – 6 RKa 21/60 -. Im Falle einer Berechnung nach der Gauß'schen Normalverteilung wird die „einfache mittlere Streubreite" angesetzt, vgl. hierzu Kap. 6.4.5, S. 106 ff.

482 BSG, Urt. v. 15.05.1963 – 6 RKa 21/60 -; BSG, Urt. v. 26.04.1978 – 6 RKa 9/77 u. 10/77 -; KassKomm, *Hess*, § 106 SGB V, Rn. 44.

483 Der Zahnarzt kann jedoch trotz unauffälliger Werte in eine Zufälligkeitsprüfung geraten und im weiteren Verlauf einer Einzellfallprüfung unterzogen werden, vgl. hierzu ausführlich Kap. 4, S. 67 ff.

gezogen. Allerdings sind auch diese Werte weder feststehende Größen,[484] noch sind sie auf alle **Vergleichskategorien**[485] übertragbar. So kann bei einer Einzelleistungsprüfung auch eine Überschreitung von 100 % und mehr in zulässiger Weise anerkannt werden.

Zwar darf auch aus der **Überschreitung** der Durchschnittswerte im Bereich der **Übergangszone** nicht ohne weiteres auf eine Unwirtschaftlichkeit des Arztes geschlossen werden. Allerdings führt eine Überschreitung, die sich in der Übergangszone befindet, hinsichtlich des Nachweises der Unwirtschaftlichkeit zu **Beweiserleichterungen** für die **Prüfgremien**.

Überschreitungen in der Übergangszone führen zu Beweiserleichterungen für die Prüfgremien.

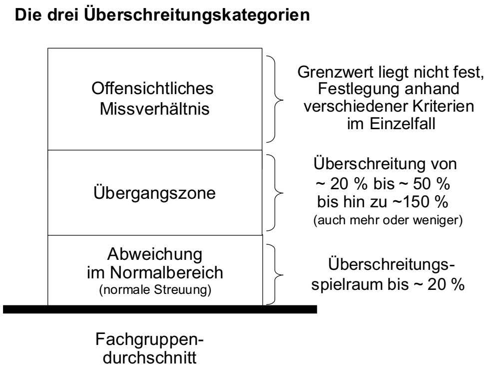


Abbildung 22

Im Bereich der Übergangszone muss die **Unwirtschaftlichkeit nicht** mehr **in jedem Einzelfall**, also in jedem Behandlungsfall nachgewiesen werden: vielmehr genügt der Nachweis anhand einer **ergänzenden Einzelfallbetrachtung**.[486] Der Prüfungsausschuss muss in diesem Fall dem geprüften Zahnarzt anhand einer „**genügend beleuchteten Zahl**" von beispielhaften Fällen nachweisen, weshalb er eine unwirtschaftliche Behandlungsweise annimmt und daran eine Prüfmaßnahme

---

[484] Vgl. hierzu das nachfolgende Kap. 6.4.4, S. 105 ff.

[485] Gemeint sind neben dem Gesamtfallwert die Werte der einzelnen Leistungssparten sowie der Einzelleistungen nach BEMA, vgl. hierzu Kap. 6.5, S. 110 ff.

[486] Diese Einzelfallprüfung braucht nicht den Maßstäben zu genügen, die für Einzelfallprüfungen gelten, die als so genannte „Prüfungsgrundmethode" durchgeführt werden. Sie muss weder den Anforderungen an umfassende Einzelprüfungen noch denen an so genannte repräsentative Einzelfallprüfungen mit Hochrechnung genügen, vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2000 – B 6 KA 24/99 –.

knüpfen will. Diese so genannte „**ergänzende Einzelfallprüfung**"[487] ist so auszugestalten, dass sie nach dem Gesamtbild des Falles ausreichend **abgesicherte Schlussfolgerungen zulässt**, ob die im Bereich der Übergangszone befindlichen Überschreitungen als unwirtschaftlich anzusehen sind oder nicht.[488] Dies erfordert gleichzeitig eine besondere **Begründung** im Prüfbescheid dahingehend, weshalb eine Unwirtschaftlichkeit des Zahnarztes angenommen wird.[489]

6.4.4. Offensichtliches Missverhältnis

Von welchem **Grenzwert** an durch die Überschreitung der Abrechnungswerte im Vergleich zur Fachgruppe ein **offensichtliches Missverhältnis** anzunehmen ist, kann nach Ansicht des Bundessozialgerichts zwar **nicht** allgemein **verbindlich festgelegt** werden. Denn die genannten Grenzwerte sind nicht als starre Übergänge zu betrachten,[490] weshalb sich das Bundessozialgericht **zu keinem Zeitpunkt** auf einen **bestimmten Prozentsatz** festgelegt hat, um bestimmte Grenzbeträge als allgemeingültig vorzuschreiben. Von welcher Grenze an eine unwirtschaftliche Behandlungsweise anzunehmen sei, **entziehe** sich nämlich **allgemeinverbindlicher Festlegung**.[491]

Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis ist nicht starr.

Den **Prüfgremien** wird daher ein eigener **Beurteilungsspielraum** zugestanden, der **gerichtlich** nur **begrenzt überprüfbar** ist.[492] Die Werte bewegen sich allerdings – je nach dem Gegenstand der Überprüfung – von **40 % bis 50 %** im Vergleich zur Fachgruppe, bis **hin zu 100 %** beim Einzelleistungsvergleich,[493] wobei dieser Überschreitungswert auch **noch deutlicher höher** sein kann. Denn die Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 50 % ist nur ein **allgemeiner**

---

487 Vgl. hierzu Kap. 5.4, S. 84 ff.

488 Das Bundessozialgericht hat hierbei eine Prüfung von 10 % bzw. mindestens 150 der Fälle ausreichen lassen, BSG, Urt. v. 06.09.2000 – B 6 KA 24/99 R -.

489 Vgl. hierzu Kap. 9.5.3, S. 292 ff.

490 BSG, Urt. v. 28.01.1998 – B 6 KA 69/96 R -.

491 St. Rspr., vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 70/03 R -; ebenso BSG, Urt. v. 30.11.1994 - 6 RKa 16/93 -; BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.

492 Denn die Festlegung des Grenzwertes hängt von der Beurteilung zahlreicher mehr oder weniger unbestimmter und in ihren wechselseitigen Auswirkungen nicht exakt quantifizierbaren Einzelfaktoren ab, die auch bei Berücksichtigung aller relevanten Umstände letztlich eine wertende Entscheidung erfordern, vgl. BSG, Urt. v. 30.11.1994 - 6 RKa 16/93 -.

493 Vgl. hierzu Kap. 6.5.3, S. 112 ff.

Orientierungsmaßstab zur Feststellung eines offensichtlichen Missverhältnisses und galt früher insbesondere für den Vergleich des **Gesamtfallwertes**.[494]

Die Prüfgremien haben einen Beurteilungsspielraum bei der Festlegung der Grenzwerte.

Es können allerdings auch Umstände vorliegen, die eine vom Regelfall abweichende Beurteilung nahe legen. Der **Beurteilungsspielraum** darf von den Prüfgremien **nicht** zu **schematischen Festlegungen** genutzt werden, die den Verhältnissen des konkreten Falles ersichtlich nicht gerecht werden.[495] **Abweichungen** bei den Grenzwerten können gerechtfertigt sein, soweit die **Fachgruppen unterschiedlich homogen** sind oder wenn sich der statistische Vergleich nur auf **Leistungssparten** oder **Einzelleistungen** bezieht.[496]

Bei der Festlegung von Grenzwerten sind alle Gesamtumstände zu würdigen.

Die **Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis** kann aber auch **niedriger** angesetzt werden. Dies kann der Fall sein, wenn beispielsweise innerhalb der Fachgruppe eine weitere **Verfeinerung der Vergleichsgruppe**[497] mit bestimmten Leistungen oder Leistungskomplexen vorgenommen wurde, um die vom Arzt geltend gemachten Praxisbesonderheiten entsprechend zu würdigen.

Die in der **Prüfvereinbarung** unter Umständen vereinbarten **Grenzwerte** für das Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses können daher nur als „**Aufgreifkriterium**" zur Einleitung eines Prüfverfahrens verstanden werden. Die **Grenzwerte** sind jedoch für die **Prüfungsausschüsse** bei der Beurteilung statistischer Überschreitungen **nicht bindend**.[498]

6.4.5. Die Gauß'sche Normalverteilung

Eine – zur arithmetischen Abweichung nach Prozentsätzen[499] - **alternative statistische Methode** zur Feststellung auffälliger Abweichungen gegenüber der Fach-

---

494 Vgl. hierzu auch Kap. 6.5.1, S. 110 ff. Dieser Wert galt auch für Arzneimittelverordnungen. Diese werden heute jedoch anhand von Richtgrößen geprüft, wobei bereits ab einer Überschreitung von 15 % der Richtgrößen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen und ab einer Überschreitung von 25 % ein Arzneimittelregress festzusetzen ist, vgl. § 106 Abs. 5 a SGB V.

495 BSG, Urt. v. 28.10.1992 – 6 RKa 38/91 -.

496 Vgl. hierzu Kap. 6.5, S. 110 ff.

497 Vgl. hierzu Kap. 6.6.2, S. 121 ff.

498 BSG, Urt. v. 30.11.1994 – 6 RKa 16/93 -.

499 Vgl. hierzu Kap. 6.2.3., S. 96 ff.

gruppe stellt die so genannte „**Gauß'sche Normalverteilung**" dar.[500] Diese Methode geht davon aus, dass von einem bestimmten Wert an – der so genannten **Grenzwahrscheinlichkeit** - keine nur zufällige Abweichung vom Fachgruppendurchschnitt mehr vorliege. Neben dem arithmetischen Mittelwert soll danach für jede Vergleichsgruppe anhand der Häufigkeitsverteilung die **Standardabweichung der mittleren Fallkosten** ermittelt werden.[501]

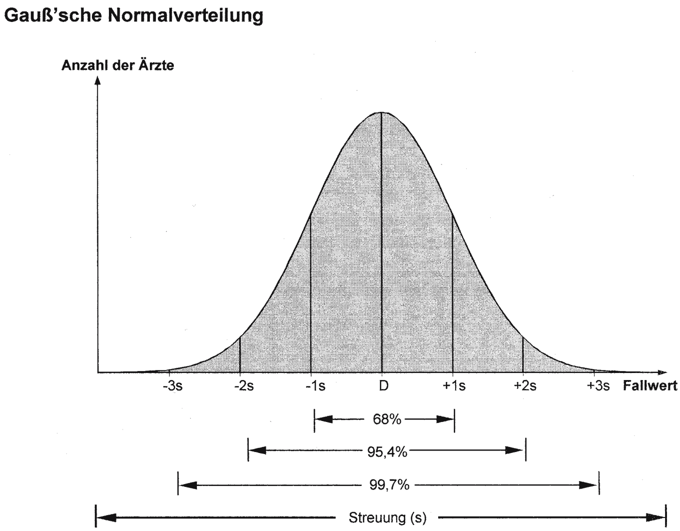


Abbildung 23 [502]

Nach der Gauß'schen Normalverteilung ergibt sich für den Idealfall der Streuungsverhältnisse die Wahrscheinlichkeit, dass zwischen den **einfachen Streubreiten** (= 1 s Streuungsmaß +/- 100 %) **68,2 %** der Ereignisse gefunden werden.

---

500 Gauß, Carl-Friedrich, 1777 bis 1855, Mathematiker, Universitätslehrer in Göttingen, entwickelte grundlegende Methoden zur Zahlentheorie, Algebra und Geometrie.

501 Diese statistische Methode wird auch als „**Randlage in der Normalverteilung**" bezeichnet, vgl. *Gaus,* S. 8 (dieser ist ein zeitgenössischer Statistiker und nicht zu verwechseln mit *Gauß* in Fn. 500); vgl. auch BSG, Urt. v. 30.11.1994 - 6 RKa 16/93 -. Eine auf dieser Basis noch weiter verfeinerte statistische Methode schlagen *Klar/Schulgen/Schulte-Möning*, in MedR 1994, S. 349 ff. vor.

502 Die abgebildete Kurve zeigt auf der Mittelachse den arithmetischen Mittelwert (D). Die Kurve ist symmetrisch, die Ärzte halten sich mit einer Überschreitung oder einer Unterschreitung des Mittelwertes also die Waage. In einem solchen Fall spricht man von einer **Normalverteilung**. Eine derartige Symmetrie entspricht indes nicht der Wirklichkeit. Die Verteilungskurven weisen in der Praxis Unregelmäßigkeiten (Verschiebungen) auf. Diese Verschiebungen können mit der „**Streuung**" erfasst und bewertet werden. Das **Sigma** (+/- 1 s, 2 s, 3 s) kennzeichnet die **Standardabweichung** vom Fallwert bzw. die Entfernung vom Gruppendurchschnitt. Dabei entspricht 1,5 Sigma einer Abweichung von 150 %, 2,0 Sigma einer solchen um 200 %.

Zwischen den **doppelten Streubreiten** (2 s = +/- 200 %) sind es **95,4 %**.[503] Wird der Grenzwert auf 2 s festgelegt, so liegen nach diesem Beispiel 2,3 % der Vertragsärzte im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses, für die ein Antrag auf Prüfung gestellt werden könnte.[504]

Die statistische Abweichung kann auch mittels der Methode der Gauß'schen Normalverteilung bestimmt werden.

In der **Prüfvereinbarung** kann der Rahmen (im Sinne der Streubreite) festgelegt werden, innerhalb dessen eine Abweichung vom Mittelwert noch als „normal" angesehen werden soll bzw. ab welcher Abweichung ein Prüfantrag gestellt und eine Prüfung durchgeführt werden kann. In einigen Bereichen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird diese verfeinerte Methode der Stufenbildung angewandt und von den **Landessozialgerichten** sogar gefordert.[505] Allerdings führt diese verfeinerte statistische Methode in der Regel dazu, dass die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis **niedriger** liegt als eine relative Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 50 %.

6.4.6. Beurteilungsspielraum der Prüfgremien

Den Prüfgremien wird vom **Bundessozialgericht** keine bestimmte statistische Methode zur Feststellung der Abweichung vom Fachgruppendurchschnitt **vorgeschrieben**.[506] Es obliegt daher den Vertragspartnern der Prüfvereinbarung, welche statistische Methode zugrunde gelegt werden soll. Das Bundessozialgericht hat stets an der **Freiheit der Methodenwahl** festgehalten und beide statistischen Methoden für zulässig gehalten. Allerdings favorisiert das Bundessozialgericht die Methode der **prozentualen Abweichung** vom **arithmetischen Mittelwert**.[507]

---

[503] Da in die Prüfung nur Ärzte einbezogen werden, die den Streubereich überschritten haben, halbieren sich die Prozentsätze. Anders ausgedrückt: Außerhalb der doppelten Streubreite (200 %) liegen nach der Wahrscheinlichkeit 4,6 % der Werte; in die *Überschreitungszone* zum offensichtlichen Missverhältnis fallen somit die Hälfte der Werte, also 2,3 %.

[504] Vgl. auch *Filler*, Fortbildungsheft der KBV, S. 52; vgl. ausführlich auch *Spellbrink*, Rn. 561 ff.

[505] Das Bundessozialgericht ist indes der Auffassung, dass dieser Methode Mängel anhaften, weshalb sie jedenfalls kein alleiniges Kriterium für die Kürzung der Honorarforderung sein könne, vgl. BSG, Urt. v. 30.11.1994 – 6 RKa 16/93 -.

[506] So ausdrücklich BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 4/90 -.

[507] BSG, Urt. v. 30.11.1994 - 6 RKa 16/93 -. Das BSG ist der Ansicht, dass sowohl über die notwendigen Voraussetzungen für die Methode der Gauß'schen Normalverteilung als auch über die Aussagefähigkeit der mit ihr gewonnenen Daten in der statistischen Wissenschaft keine Einigkeit bestehe.

Soweit im Schrifttum eine verfeinerte statistische Methode gefordert werde,[508] würde nicht ausreichend berücksichtigt, dass auch das Verfahren nach arithmetischen Durchschnittszahlen im Wege der freien Schätzung alle Besonderheiten würdigen könne.[509]

Der Zahnarzt hat im Übrigen **keinen Anspruch** darauf, dass etwaige Abweichungen vom Fachgruppendurchschnitt nach einer (von ihm) **bestimmten statistischen Methode** ermittelt werden. Die Auswahl der statistischen Methode unterliegt allein dem **Beurteilungsspielraum** der Prüfgremien oder kann – für alle Beteiligten verbindlich - in der **Prüfvereinbarung** festgelegt werden.

Zahnärzte haben keinen Anspruch auf Anwendung
einer bestimmten statistischen Methode.

Das besagt aber nicht, dass die Prüfgremien Umstände unberücksichtigt lassen dürfen, die einerseits leicht aufzuklären sind und die andererseits nach ihrem Gewicht eine erhebliche **Fehlerquelle** der **statistischen Methode** nahe legen und damit einen **Ausgleich erfordern**. Dabei sind Aufklärungsmühe und Aufklärungsgewinn gegeneinander abzuwägen.[510]

---

508 Insbesondere von *Gaus*, S. 20 ff., Abschnitt 7 m.w.N. Dieser lehnt die Stufenbildung in die drei Zonen „normale Streuung“, „Übergangszone“, „offensichtliches Missverhältnis“ ab, da die Vergleichsgruppen unter Umständen eine unterschiedliche Homogenität aufweisen. Kritisch ebenfalls die Statistiker *Klar/Schulgen/Schulte-Möning*, in MedR 1994, S. 349 ff.

509 BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 4/90 -.

510 BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 4/90 -: Die normalen und üblicherweise vorliegenden Fehlerquellen (z.B. Abrechnungs- oder Erfassungsfehler, ferner statistische „Ausreißer“) werden nach Ansicht des BSG allerdings unabhängig von ihrem Nachweis im Einzelfall dadurch ausgeglichen, dass die Prüforgane in Ausführung des ihnen zustehenden Beurteilungsspielraumes für den Bereich der normalen Streuung und für die Grenze zur offenbaren Unwirtschaftlichkeit bestimmte Prozentsätze festsetzen.

6.5. Vergleich von Leistungssparten und Einzelleistungen

6.5.1. Gesamtfallwert als Aufgreifkriterium

Der statistische Vergleich kann sich auf verschiedene Kriterien beziehen. In der Vergangenheit war der **Gesamtfallwert** des geprüften Arztes das maßgebliche Vergleichskriterium. Angesichts der Budgetierung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen und der damit verbundenen Begrenzung des Honorars hat sich die statistische Vergleichsprüfung jedoch zunehmend auf die **Leistungssparten** und die **Einzelleistungen** verlagert. Doch schon zuvor hatte das Bundessozialgericht festgestellt, dass ein **unauffälliger Gesamtkostendurchschnitt** oder ein unauffälliger Fallwert bei der zugehörigen Leistungssparte den statistischen Vergleich bei **einzelnen Leistungspositionen nicht ausschließe**.[511]

Der **Vergleich des Gesamtfallwertes** soll nach Auffassung des Bundessozialgerichts daher nur noch als „**Aufgreifkriterium**" benutzt werden. Nur sofern sich auch aus dem Gesamtvergleich eine Differenz zur Fachgruppe ergibt, soll diese ergänzend herangezogen werden, um **beweisverstärkende** oder **beweisentkräftende** Gesichtspunkte zu gewinnen oder um diese Kenntnisse bei der Festsetzung des Kürzungsbetrages zu berücksichtigen.[512]

6.5.2. Vergleich von Leistungssparten

Die **Prüfgremien** sind sogar **verpflichtet**, auch die **einzelnen Leistungssparten** in den Vergleich einzubeziehen und ihre Prüfentscheidungen im Wesentlichen hierauf zu konzentrieren, soweit sich nicht gerade in der Überschreitung einer bestimmten Leistungssparte **Praxisbesonderheiten** des Arztes niederschlagen.[513] Erst hierdurch werden unter dem Gesichtspunkt der Gleichartigkeit verschiedene Einzelleistungen zusammengefasst und die Vergleichbarkeit mit den Kollegen verbessert.

Der Vergleich von Leistungssparten muss zwingend
Bestandteil der statistischen Prüfung sein.

---

511 BSG, Beschl. v. 14.07.1993 – 6 BKa 53/91 -. Allerdings wird zutreffend auf die statistisch anerkannte Erfahrung hingewiesen, dass die Unwirtschaftlichkeit eher höher sei, wenn auch die Fallkosten höher seien – das Gegenteil anzunehmen, wäre eher unwahrscheinlich, vgl. *Klar/Schulgen/Schulte-Mönig*, MedR 1994, S. 349 ff.

512 BSG, Urt. v. 18.05.1983 – 6 RKa 18/80 -; KassKomm, *Hess*, § 106 SGB V, Rn. 49.

513 KassKomm, *Hess*, § 106 SGB V, Rn. 49.

In Betracht kommen im **zahnärztlichen** Bereich die folgenden Leistungssparten:

- Beratungsleistungen,
- Füllungstherapie,
- Endodontische Maßnahmen,
- Chirurgische Maßnahmen,
- Röntgenleistungen,
- Parodontose-Behandlung,
- Zahnersatz.[514]

Die Durchführung eines Vergleichs von Leistungssparten (**Spartenvergleich**) ist auch dann **zulässig**, wenn die Vergleichsgruppe innerhalb der Leistungssparte **eine der** darin enthaltenen **Einzelleistungen** in lediglich 1,5 % aller Behandlungsfälle abgerechnet hat. Entscheidend ist hierbei, wie hoch der prozentuale Anteil der Behandlungsfälle in den anderen Einzelleistungen der Sparte ist. Denn im Rahmen des Vergleichs von Leistungssparten kommt es nicht darauf an, dass die ausführenden Ärzte alle darin erfassten Leistungen in einer gewissen Mindesthäufigkeit erbringen und abrechnen. Entscheidend ist vielmehr, dass die Leistungssparte für die Vergleichsgruppe insgesamt **typische Leistungen** enthält.[515]

Die Leistungssparte muss die für die Vergleichsgruppe
typischen Leistungen beinhalten.

Es ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts sogar zulässig, eine Leistungssparte aus lediglich **zwei Einzelleistungen** zu bilden.[516] Wird eine Leistungssparte allerdings aus lediglich zwei Positionen gebildet, so muss sich die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis in etwa bei derjenigen Grenze bewegen, die für den Vergleich von **Einzelleistungen** definiert wurde.

---

[514] Die Aufteilung in Leistungssparten kann je nach der Gestaltung der Statistiken zwischen den KZV-Bereichen variieren.

[515] Dies ist nach Ansicht des Bundessozialgerichts jedenfalls dann der Fall, wenn 15 von 16 Ärzten einer Vergleichsgruppe eine Grundleistung (hier Nr. 17 EBM-Ä) in 28,7 % aller Behandlungsfälle abrechnet, vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 14/02 R -. Sofern der geringe Prozentsatz einer ergänzenden Leistungsziffer auf besondere zeitliche Voraussetzungen (hier Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten) zurückzuführen ist, steht dies einer gehäuften Abrechnung dieser Leistung ohnehin entgegen. Dies führt jedoch nicht dazu, dass diese Einzelleistung nicht mit in den Leistungsvergleich einer Sparte einbezogen werden dürfte.

[516] Hier Nr. 17 und Nr. 18 EBM-Ä für die Abrechnung dieser Gesprächsleistungen durch einen Chirurgen, vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 14/02 R -.

6.5.3. Vergleich von Einzelleistungen

6.5.3.1. Grundlagen

Nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann die statistische Vergleichsprüfung grundsätzlich auch für **einzelne Leistungspositionen** herangezogen werden.[517] Dies gilt selbst für den Fall, dass der **Gesamtfallwert** nicht überschritten, sondern **sogar unterschritten** wird. Denn eine Unterschreitung des Gesamtfallwertes führt **nicht** dazu, dass die Prüfgremien **gehindert** wären, bestimmte Einzelleistungen zu überprüfen und zur Grundlage einer Kürzung zu machen.

Ein Vertrags(zahn)arzt ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts nämlich **verpflichtet**, in dem Sinne umfassend wirtschaftlich zu handeln, dass er das **Wirtschaftlichkeitsgebot** auch **in jedem Teilbereich** seiner Tätigkeit **wahrt**: sowohl beim Gesamtfallwert als auch in jeder einzelnen Sparte, bei jeder Einzelleistung und bei den Arzneiverordnungen.[518]

Das Wirtschaftlichkeitsgebot bezieht sich auch auf Einzelleistungen.

6.5.3.2. Voraussetzungen

Die rechtmäßige Durchführung eines so genannten statistischen **Einzelleistungsvergleiches** setzt aber voraus, **dass** nur **solche Einzelleistungen** der Prüfung unterzogen werden, die für die gebildete Vergleichsgruppe **typisch sind**. Die Einzelleistungen müssen daher von einem **größeren Teil** der **Fachgruppenmitglieder** regelmäßig in nennenswerter Zahl erbracht werden und damit eine **ausreichende Vergleichsgrundlage** bieten.[519] Dies ist grundsätzlich nur der Fall bei zahnärztlichen **Grundleistungen** oder bei so genannten **fachgruppentypischen Leistungen**.

Die Einzelleistungen müssen für die Fachgruppe typisch sein.

Bei den Einzelleistungsvergleichen ist deshalb zu prüfen, ob die zur Verfügung stehenden Daten einen statistischen Vergleich zulassen[520] und wenn ja, ob und

---

[517] BSG, Urt. v. 12.12.2001 – B 6 KA 7/01 R -; BSG, Urt. v. 28.10.1992 – 6 RKa 3/92 -; BSG, Urt. v. 08.04.1992 – 6 RKa 34/90 -; BSG, Urt. v. 02.06.1987 – 6 RKa 23/86 -.

[518] BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -; BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 -; BSG, Urt. v. 05.11.1997 – 6 RKa 1/97 -; SG Dresden, Urt. v. 03.12.2003 – S 11 KA 5001/03 Z -.

[519] BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R - m.w.N.; BSG, Urt. v. 08.05.1996 – 6 RKa 45/95 -.

[520] Vgl. hierzu Kap. 6.2, S. 95 ff.

unter welchen Voraussetzungen sich daraus **verlässliche Aussagen** zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ableiten lassen.[521] Wegen der mit einem Einzelleistungs- und Spartenvergleich verbundenen **statistischen Risiken** darf dabei **nicht schematisch** vorgegangen werden; vielmehr ist die jeweilige **Strukturierung** innerhalb der Arztgruppe zu **berücksichtigen**.[522] Eine etwaige Kürzung muss hinreichend berücksichtigen, dass bei Einzelpositionen die **Vergleichszahlen** weit **niedriger** sind und die **Schwankungsbreite größer** ist als bei den Fallkosten.[523]

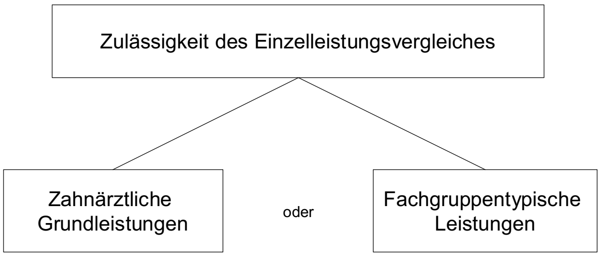


Abbildung 24

6.5.3.3. Grundleistungen

Einzelleistungen sind insbesondere dann vergleichbar, wenn sie **nicht** einer **bestimmten fachlichen Ausrichtung** oder **Behandlungsweise zuzuordnen** sind, sondern weitgehend unabhängig vom individuellen diagnostischen und therapeutischen Konzept des jeweiligen Zahnarztes bei bestimmten Krankheitszuständen eingesetzt werden: Es handelt sich um so genannte zahnärztliche **Grundleistungen**. Selbst wenn die Leistungen nur für eine begrenzte Gruppe von Behandlungsfällen in Betracht kommen, schließt dies ihren Charakter als **Grund-** oder **Standardleistungen** nicht aus.[524] Grundleistungen sind nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts beispielsweise die **Inanspruchnahme zur Nachtzeit** sowie das Ausstellen von **Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen**, die von den meisten Vertragsärzten erbracht werden.[525]

Der Einzelleistungsvergleich ist geeignet für sämtliche Grundleistungen.

---

[521] BSG, Urt. v. 12.12.2001 – B 6 KA 7/01 R -.
[522] BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 4/90 -; vgl. auch zur Notwendigkeit einer intellektuellen Prüfung Kap. 6.8, S. 131 ff.
[523] BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 4/90 -.
[524] BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R - m.w.N.
[525] BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R - m.w.N.

6.5.3.4. Fachgruppentypische Einzelleistungen

Einzelleistungen können auch dann einem statistischen Vergleich unterzogen werden, wenn sie zwar **keine Grundleistungen** sind, gleichwohl aber **fachgruppentypische Leistungen** darstellen.[526] Für den **zahnärztlichen** Bereich haben die Gerichte die folgenden Ziffern explizit für fachgruppentypisch erklärt und einen **Einzelleistungsvergleich** für **zulässig** gehalten:[527]

- Beratung (BEMA-Nr. Ä1),
- Untersuchung (BEMA-Nr. 01),
- Behandlung überempfindlicher Zähne (BEMA-Nr. 10),
- besondere Maßnahme bei Füllungen (BEMA-Nr. 12),[528]
- Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial (BEMA-Nrn. 13),
- Exstirpation der vitalen Pulpa (BEMA-Nr. 28),[529]
- Mundbehandlung (BEMA-Nr. 105),
- Beseitigung scharfer Kanten (BEMA-Nr. 106),
- Zahnsteinentfernung (BEMA-Nr. 107),[530]
- Infiltrationsanästhesie (BEMA-Nr. 40),
- Kurze Bescheinigung / kurzes Zeugnis (BEMA-Nr. Ä 16).[531]

Einzelleistungen können auch dann geprüft werden,
wenn sie für die Fachgruppe typisch sind.

6.5.3.5. Notwendigkeit einer zuverlässigen Vergleichsbasis

Für die Beurteilung, ob eine Einzelleistung **fachgruppentypisch** ist, sind zwei Kriterien entscheidend:

---

526 Das Bundessozialgericht hat daher beispielsweise im hausärztlichen Bereich das komplexe hausärztliche Gespräch (Gespräch u.a. zu komplexen erkrankungsbedingten Patientenproblemen, Dauer mindestens 10 Minuten, Nr. 10 EBM) und im Bereich der Orthopädie Infusionen, Punktionen, Analgesie von Spinalnerven sowie die korrespondierende Überwachungsleistung ebenso wie die Plexusanalgesie als fachgruppentypische Leistungen entsprechender Praxen bezeichnet, vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 79/03 R -; BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R -.

527 Vgl. zu den einzelnen BEMA-Ziffern eingehend Kap. 8, S. 155 ff.

528 BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -.

529 SG Dresden, Urt. v. 03.12.2003 – S 11 KA 5001/03 Z -.

530 BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -.

531 SG Dresden, Urt. v. 03.12.2003 – S 11 KA 5001/03 Z -. Diese Ziffer ist im aktuellen BEMA-Z nicht mehr enthalten.

- die Anzahl der die Leistung ausführenden Ärzte
  im Verhältnis zur Fachgruppe,
- die Anwendungshäufigkeit beim geprüften Arzt
  und bei den übrigen ausführenden Ärzten.

Beide Kriterien müssen verlässliche Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ermöglichen. Für die **Anzahl der ausführenden Ärzte** hat das Bundessozialgericht einen **Anteil von 50 % der abrechnenden Mitglieder** der Vergleichsgruppe einer Gebührennummer als ausreichend erachtet. [532]

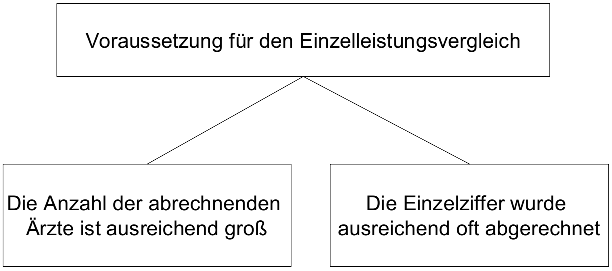


Abbildung 25

Erforderlich ist eine zuverlässige Vergleichsbasis.

So hat das Bundessozialgericht beim Einzelleistungsvergleich typischer **MKG-chirurgischer Ziffern** (hier Zystektomie), die von Allgemeinzahnärzten eher selten erbracht werden, die Bildung einer **eigenen Vergleichsgruppe**[533] gefordert. Der MKG-Chirurg hatte in Verbindung mit dieser Leistung auch weitere Leistungen weit überdurchschnittlich abgerechnet. Dies zeige, dass es sich um - für die Zahnärzte - **untypische Leistungen** handle. Die erhebliche Überschreitung des Abrechnungswertes im Vergleich zur Fachgruppe der Zahnärzte erlaube folglich keinen Schluss auf eine unwirtschaftliche Leistungserbringung.[534]

Für die **Häufigkeit** der Leistungserbringung fachgruppentypischer Leistungen wurde es als ausreichend gesehen, dass die abrechnenden Ärzte eine bestimmte Gebührennummer in mindestens **5 bis 6 % aller Behandlungsfälle** abgerechnet haben. Das Bundessozialgericht hat allerdings festgestellt, dass diese Grenze nicht als absolute Untergrenze verstanden werden dürfe. Es sei vielmehr entscheidend, dass eine **Gesamtschau** der in den Vergleich einbezogenen Umstände es ermögli-

---

[532] BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R - m.w.N.
[533] Vgl. zur Bildung von Vergleichsgruppen Kap. 6.6, S. 119 ff.
[534] BSG, Urt. v. 08.05.1996 – 6 RKa 45/95 -.

chen müsse, überhaupt noch von einer zuverlässigen Vergleichsbasis sprechen zu können. Es komme hierbei insbesondere auf die **Art** und den **Anwendungsbereich der Leistung** und das **Behandlungsverhalten der Arztgruppe** an.[535]

Eine absolute Untergrenze kann nicht definiert werden.
Notwendig ist eine Gesamtschau aller Umstände des Einzelfalls.

6.5.3.6. Grenzwerte

Es kann nach ständiger Rechtsprechung **nicht allgemein verbindlich festgelegt** werden, ab welcher prozentualen Überschreitung das offensichtliche Missverhältnis bei einer **Einzelleistung** anzunehmen ist.[536] Weder der Gesetzgeber noch das Bundessozialgericht haben hierzu verbindliche Grenzwerte bestimmt, da es insoweit auf die Struktur und Homogenität des im jeweiligen Fall zugrunde gelegten Vergleichskollektivs ankomme.[537]

Die Schwelle zum offensichtlichen Missverhältnis darf bei der Prüfung von **Einzelleistungen** jedoch **prozentual** deutlich **höher** angesetzt werden, als beim Gesamtfallwert.[538] Dies beruht darauf, dass die **Aussagekraft** bei Einzelleistungsvergleichen tendenziell **geringer** ist. Die Gefahr von **Fehlinterpretationen** ist daher größer als bei einem Gesamtleistungsvergleich, denn die **unterschiedlichen Diagnose- und Behandlungsmethoden** der Zahnärzte wirken sich hier naturgemäß stärker aus.[539]

Überschreitungen von 100% bei Einzelleistungen
müssen nicht unwirtschaftlich sein.

Da die Prüfgremien einen entsprechenden Beurteilungsspielraum haben und zugunsten des geprüften Zahnarztes auch einen so genannten „**Sicherheitszuschlag**“ zuerkennen dürfen, sind Überschreitungswerte von **+ 100 % und mehr** im Rahmen statistischer Einzelleistungsvergleiche absolut zulässig. Denn die **Unterschiede** zwischen dem Vergleich des Gesamtfallwertes und den Einzelleistungs-

---

535 BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R -: So kann auch eine Abrechnungshäufigkeit von lediglich 1,82 % aller Behandlungsfälle diese Voraussetzungen erfüllen.

536 So zuletzt BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 70/03 R -.

537 BSG, Beschl. v. 14.07.1993 – 6 BKa 53/91 -; vgl. hierzu bereits Kap. 6.4.4, S. 105 ff.

538 Dies sei allerdings nicht zwingend veranlasst, vgl. BSG, Beschl. v. 14.07.1993 – 6 BKa 53/91 -.

539 St. Rspr., vgl. BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R - m.w.N.

bzw. Spartenwerten müssen berücksichtigt werden, schon um die verbleibenden **Unwägbarkeiten einer statistischen Vergleichsprüfung** zu erfassen.[540]

Das Bundessozialgericht hat jedoch ebenfalls festgestellt, dass auch bei Einzelleistungen Grenzwerte von unter + 50 % zulässig sind, sofern die Prüfgremien Besonderheiten der Praxis von vornherein mit berücksichtigt haben.[541] Voraussetzung ist aber, dass die Statistik des geprüften Zahnarztes bereits um die anzuerkennenden **individuellen Umstände** des Arztes „**bereinigt**" worden ist.[542]

Bei Grenzwerten unter 100 % müssen die Praxisbesonderheiten bereits zuvor berücksichtigt worden sein.

Sind nämlich zuvor bereits die vom Zahnarzt geltend gemachten Praxisbesonderheiten individuell berücksichtigt worden, so ist der von den Prüfgremien angenommene Grenzwert von + 50 % zur Erfassung individueller Behandlungseigenheiten und sonstiger Unwägbarkeiten im allgemeinen angemessen und ausreichend. Bei Einzelleistungen kann sogar ein Grenzwert von nur 40 % angenommen werden, sofern es sich um Arztgruppen mit **engem Leistungsspektrum** handelt.[543] Dies gilt insbesondere für die **kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte**.[544]

6.5.3.7. Besondere Würdigung der Gesamtumstände

Bei den in den Blick genommenen Einzelleistungen ist stets zu prüfen, ob sich der – durch Überschreitung des offensichtlichen Missverhältnisses – abgeleitete Anschein der Unwirtschaftlichkeit **durch weitere Umstände** bestätigen lässt oder ob diese Annahme mit zu großen **Unsicherheiten behaftet** ist. Dies gilt vor allem dann, wenn die **Gesamtfallkosten** nur geringfügig über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegen,[545] oder diese sogar **unterschreiten**.

Auch bei der Einzelleistungsprüfung ist der Gesamtfallwert zu berücksichtigen.

---

[540] St. Rspr., vgl. BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R - m.w.N; BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R - m.w.N.; vgl. zur Notwendigkeit einer begleitenden intellektuellen Prüfung Kap. 6.8, S. 131 ff.

[541] Im entschiedenen Fall handelte es sich um eine ärztliche Grundleistung (Nr. 18 EBM), vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R, 45/02 R -; ebenso zuletzt BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 70/03 R -, wonach bei der Gesprächs-Nr. 10 EBM (therapeutisches hausärztliches Gespräch zu komplexen Patientenproblemen) auch ein Grenzwert von nur + 40 % im Vergleich zur Fachgruppe zulässig sei.

[542] BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 45/02 R -.

[543] BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 45/02 R -; BSG, Urt. v. 02.06.1987 – 6 RKa 19/86 -.

[544] BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R - m.w.N.

[545] BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R -.

Zwar können auch in diesen Fällen Einzelleistungen unwirtschaftlich sein und beanstandet werden, selbst wenn der Gesamtkostendurchschnitt im Vergleich zur Fachgruppe unauffällig ist. Notwendig ist aber beim Einzelleistungsvergleich darüber hinaus eine **medizinische Beurteilung** (im Sinne einer intellektuellen Prüfung),[546] um eine **Verlässlichkeit** der statistischen Aussage über die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung dieser Einzelleistung zu erhalten.[547]

Beim Einzelleistungsvergleich ist die intellektuelle Prüfung unabdingbar.

[546] Vgl. hierzu Kap. 6.8, S. 131 ff.

[547] BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 44/02 R - m.w.N.; ebenso schon BSG, Urt. v. 15.03.1995 – 6 RKa 37/93 -.

6.6. Bildung der Vergleichsgruppe

Es ist eine entscheidende Voraussetzung für die korrekte Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung, dass der geprüfte Zahnarzt **nur** mit solchen Kollegen **verglichen** wird, die auch **vergleichbare Leistungen** erbringen. Die Prüfgremien müssen daher im Vorfeld die **zutreffende Vergleichsgruppe** bestimmen.

6.6.1. Vergleichsgruppe nach Fachgebieten

6.6.1.1. Grundlagen

Vergleichsgrundlage für die Beurteilung der zahnärztlichen Behandlungsweise im Rahmen der statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten ist die so genannte **Vergleichsgruppe**. Sie ist eng verknüpft mit den **Fachgebieten der Weiterbildungsordnung** (Gebietsbezeichnungen).[548] Denn die in der Weiterbildungsordnung enthaltene gegenseitige Abgrenzung der Fachgebiete gewährleistet für die meisten Arztgruppen eine ausreichende **Homogenität** der statistischen Vergleichsgruppen.

Der Vergleich mit anderen Zahnärzten orientiert sich typischerweise nach den jeweiligen Fachgebietsbezeichnungen.

Im **zahnärztlichen Bereich** existieren - neben der allgemeinen Ausbildung und Bezeichnung als „**Zahnarzt**" - die folgenden **weiteren Gebietsbezeichnungen**:

- Kieferorthopädie,
- Oralchirurgie,
- Öffentliches Gesundheitswesen.[549]

Die Facharztbezeichnung **Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie** ist eine fach*ärztliche* Gebietsbezeichnung, die nicht in den Weiterbildungsordnungen der Zahnärzte, sondern in der Weiterbildungsordnung der **Ärzte** geregelt ist. Allerdings hat das **Bundessozialgericht** im Falle der zahnärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung auch

[548] Eine Gebietsbezeichnung darf führen, wer hierfür eine Anerkennung durch die Landeszahnärztekammer erhalten hat, vgl. etwa § 1 Abs. 2 Weiterbildungsordnung (WBO) für Zahnärztinnen und Zahnärzte der Landeszahnärztekammer Bad.-Württ.

[549] Vgl. etwa § 24 WBO für Zahnärztinnen und Zahnärzte der Landeszahnärztekammer Bad.-Württ.

für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen die Bildung einer eigenen **Vergleichsgruppe** als sachgerecht angesehen.[550]

6.6.1.2. Oralchirurgie

Ist ein Zahnarzt berechtigt, die Gebietsbezeichnung "**Oralchirurgie**" zu führen, so ist im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ebenfalls eine entsprechende **Vergleichsgruppe** zu bilden, die ausschließlich aus Oralchirurgen besteht.[551] Denn bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung muss die jeweilige Vergleichsgruppe aus Zahnärzten bestehen, die ein **annähernd gleichartiges Patientengut** versorgen und im Wesentlichen **dieselben Erkrankungen** behandeln. Nur unter dieser Voraussetzung ist der durchschnittliche Behandlungsaufwand der Arztgruppe ein geeigneter Maßstab für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit eines Angehörigen dieser Arztgruppe.[552]

Die Leistungsbedingungen und Erkrankungen müssen vergleichbar sein.

Das bedeutet zwar nicht, dass jede abweichende Behandlungsausrichtung oder sonstige individuelle Besonderheit einer Arztpraxis stets zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe nötigt. Speziell bei **Zahnärzten** ist wegen der Homogenität dieser Gruppe[553] und der Herausnahme eines großen Teils der zahnärztlichen Leistungen aus der (nachträglichen) Wirtschaftlichkeitsprüfung[554] eine Aufteilung in **Untergruppen** mit bestimmten Behandlungsschwerpunkten **nicht als erforderlich** angesehen worden.[555]

---

550 BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R –. Die Bildung einer eigenen Vergleichsgruppe wurde vom BSG auch für den Einzelleistungsvergleich typischer MKG-chirurgischer Ziffern gefordert (hier Zystektomie), die von Allgemeinzahnärzten eher selten erbracht werden, vgl. BSG, Urt. v. 08.05.1996 – 6 RKa 45/95 -. Anders hingegen SG Kiel für einen MKG-Chirurgen, dessen Abrechnungsstatistik eine typisch zahnärztliche und keine spezialisierte oralchirurgische Tätigkeit ergab, vgl. Urt. v. 13.10.2000 – S 13 KA 248/99 -.

551 LSG NRW, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 7 34/03 bis 37/03 -. Das LSG hat die Revision wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache zugelassen, da hinsichtlich der Vertragszahnärzte mit der Gebietsbezeichnung „Oralchirurgie“ eine Entscheidung des BSG zur Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe bislang nicht vorliegt. Diese ist rechtshängig beim BSG unter dem Az. B 6 KA 3/05 bis 6/05, vgl. www.bundessozialgericht.de unter „Anhängige Rechtsfragen“.

552 LSG NRW, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 7 34/03 bis 37/03 -.

553 Vgl. hierzu auch Kap. 7.1.2, S. 140 ff.

554 Vgl. hierzu Kap. 3.9.4, S. 65 ff.

555 LSG NRW, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 7 34/03 bis 37/03 -.

Auf die Bildung einer besonderen, engeren Vergleichsgruppe kann jedoch dann nicht verzichtet werden, wenn die jeweils maßgebenden **Leistungsbedingungen so verschieden** sind, dass von einem statistischen Vergleich von vornherein keine verwertbaren Aussagen über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit einer Leistung oder eines Leistungskomplexes zu erwarten sind.[556] Davon ist hinsichtlich der in der Weiterbildungsordnung vorgesehenen Fachgebiete – und damit auch hinsichtlich der Gebietsbezeichnung „Oralchirurgie“ - auszugehen.[557]

6.6.2. Verfeinerung nach Schwerpunktbildung

Die Prüfgremien sind auch berechtigt, die Abrechnungswerte des betroffenen Zahnarztes mit einer **engeren Arzt-Gruppe** zu vergleichen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es um **spezialisierte Leistungen** geht, die nur **von einzelnen Ärzten** einer größeren Arztgruppe abgerechnet werden.[558] Eine verfeinerte Vergleichsgruppe muss beispielsweise für Arztgruppen mit zusätzlichem **Schwerpunkt** gebildet werden.[559] Denn der Arzt darf grundsätzlich nur in dem Gebiet tätig werden, in dem er die Facharztbezeichnung führt. Ärzte, die eine **Schwerpunktbezeichnung** führen, **müssen** aber auch im Schwerpunkt **tätig** sein.[560]

Im zahnärztlichen Bereich gibt es überwiegend keine Schwerpunktbezeichnungen.

Die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landeszahnärztekammern sehen derzeit keine Möglichkeit der **Schwerpunktbildung** oder des Erwerbs einer **Zusatzbezeichnung** vor. Die **Weiterbildungsordnung** für die **bayerischen Zahn-**

---

556 LSG NRW, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 7 34/03 bis 37/03 -.

557 LSG NRW, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 7 34/03 bis 37/03 - mit Hinweis auf BSG, Urt. v. 11.12.2002 – B 6 KA 1/02 R - m.w.N.
Für die Bildung einer (verfeinerten) Vergleichsgruppe der Oralchirurgen sprach nach richtiger Ansicht des Landessozialgerichts auch die Tatsache, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung im Rahmen der Honorarverteilung für die Fachgruppe der Oralchirurgen eine gesonderte (höhere) Kontingentgrenze je Behandlungsfall festgelegt hat. Da die Festlegung dieser besonderen Kontingentgrenze für Oralchirurgen darauf beruht, dass die entsprechenden Abrechnungswerte dieser Fachgruppe Berücksichtigung gefunden haben, muss das Behandlungs- und Abrechnungsverhalten der Oralchirurgen gegenüber dem der allgemein tätigen Zahnärzte entsprechende Besonderheiten aufweisen.

558 BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R - mit Hinweis auf BSG, Urt. v. 27.04.1982 - 6 RKa 7/79 -. Ebenso zuletzt BSG, Urt. v. 27.04.2005 – B 6 KA 39/04 – für den Vergleich einer auf Reproduktionsmedizin spezialisierten Gemeinschaftspraxis mit „normalen“ gynäkologischen Praxen.

559 Im ärztlichen Bereich der Inneren Medizin etwa der Schwerpunkt Gastroenterologie oder Kardiologie oder der Schwerpunkt Rheumatologie im Bereich der Orthopädie, vgl. auch BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R -.

560 § 22 S. 2 M-WBO.

ärzte enthält jedoch beispielsweise weitere Präzisierungen im Bereich der allgemeinen Weiterbildung zum Oralchirurgen. Danach hat der Zahnarzt seine **Weiterbildung** mit dem allgemeinen zahnärztlichen Jahr zu beginnen und hierbei in folgenden **Bereichen** seine klinischen Kenntnisse und Fertigkeiten **zu vertiefen**:

- Präventive Zahnheilkunde,
- Parodontologie,
- Kinderzahnheilkunde,
- Zahnärztliche Chirurgie,
- Zahnerhaltung und Prothetik,
- Notfallmedizin.

Sollte sich ein Zahnarzt in einem dieser Gebiete **schwerpunktmäßig** betätigen, so kann dies möglicherweise eine **Praxisbesonderheit** darstellen.[561] Sieht eine Landeszahnärztekammer künftig eine entsprechende **Schwerpunkt**- oder **Zusatzbezeichnung** oder die Genehmigung eines konkreten **Tätigkeitsschwerpunktes** vor, so könnte die **Vergleichsgruppe** insoweit **verfeinert** werden, sofern eine ausreichend große Anzahl an gleichfalls spezialisierten Zahnärzten mit der jeweiligen Tätigkeits- oder Zusatzbezeichnung vorhanden ist.[562]

Nicht jede Abweichung im Behandlungsverhalten
rechtfertigt die Bildung einer besonderen Vergleichsgruppe.

Daraus kann jedoch **nicht** geschlossen werden, dass die Prüfgremien immer dann, wenn **Praxisausrichtungen** oder **Behandlungsschwerpunkte** des betroffenen Arztes in bestimmten Bereichen von der Typik der Arztgruppe **abweichen**, **verpflichtet** wären, die Vergleichsprüfung nur auf eine **engere Gruppe** von Ärzten zu erstrecken.[563] Allerdings können die Prüfgremien verpflichtet sein, im Rahmen

---

[561] Vgl. zu den Praxisbesonderheiten 7.1, S. 139 ff.

[562] Vgl. zur Größe der Vergleichsgruppe Kap. 6.6.4, S. 124 ff.

[563] Auch ein überdurchschnittlicher Ausländeranteil (hier angeblich 90 % in einer Kinderarztpraxis) führt nicht notwendigerweise zu der Pflicht, eine engere Vergleichsgruppe zu bilden. Denn es darf nicht einfach unterstellt werden, dass dem hohen Ausländeranteil in der einen Praxis signifikant niedrigere Anteile in den Arztpraxen der Vergleichsgruppe gegenüberstehen. Vielmehr müssen hierzu konkrete Feststellungen getroffen werden. Im Übrigen ist ein signifikant höherer Ausländeranteil auch kein Umstand, der generell zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe zwingt. Aus dem Umstand der ausländischen Herkunft oder Staatsangehörigkeit kann nicht ohne weiteres und ohne Berücksichtigung der zu behandelnden Gesundheitsstörungen und der Behandlungsmethoden auf einen höheren Leistungsbedarf geschlossen werden, vgl. BSG, Urt. v. 10.05.2000 – B 6 KA 25/99 R -.

der **intellektuellen Prüfung**[564] Vergleichswerte anderer Fachgruppen hinzuzuziehen, falls sich der jeweilige Behandlungsschwerpunkt damit vergleichen lässt, um hierdurch eine **ergänzende Orientierung** zu erhalten.

6.6.3. Auswirkungen von Zusatzbezeichnungen

Den „**Zusatzbezeichnungen**"[565] kommt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine vergleichbare Unterscheidungskraft wie bei den Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen **nicht** zu.[566] Denn ein **Rückschluss** von dieser **zusätzlichen Qualifikation** eines Arztes auf die **tatsächliche Ausrichtung** seiner Behandlungsweise sei **nur eingeschränkt** möglich und vor allem angesichts des Fehlens einer Verpflichtung zum Tätigsein in diesem Bereich **nicht zwingend**. So sei aus der Berechtigung zum Führen einer Zusatzbezeichnung nicht zwingend zu schließen, dass die betreffenden Ärzte ihre Tätigkeit auf den Bereich konzentrieren, der durch die Zusatzbezeichnung erfasst wird.[567]

Zusatzbezeichnungen erfordern typischerweise
keine verfeinerte Vergleichsgruppe.

Selbst wenn die Führung einer Zusatzbezeichnung nach Ansicht der Prüfgremien oder eines Beteiligten Anlass für die Bildung einer besonderen Vergleichsgruppe bieten würde, so ist dies dann nicht notwendig, wenn diese besondere **Vergleichsgruppe** zahlenmäßig **so klein** würde, dass sie keine tragfähige Grundlage mehr für statistische Aussagen ergeben könnte.[568] Es ist daher nach Ansicht des Bundessozialgerichts beispielsweise nicht erforderlich, für einen Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen mit Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen" eine entsprechend

---

564 Vgl. hierzu Kap. 6.8, S. 131 ff.

565 Im ärztlichen Bereich existieren nach der neuen Musterweiterbildungsordnung (Stand Mai 2004) mehr als 40 Zusatz-Weiterbildungen, die als Zusatzbezeichnungen geführt werden dürfen, vgl. hierzu die Musterweiterbildungsordnung unter www.bundesaerztekammer.de.

566 Abgelehnt wurde beispielsweise die Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe bei einem Allgemeinarzt, der die Zusatzbezeichnung „Homöopathie" erworben hatte, da eine insoweit atypische Patientenstruktur nicht nachgewiesen werden konnte, vgl. BSG, Urt. v. 28.06.2000 – B 6 36/98 R -.

567 BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R – (anders noch BSG, Urt. v. 15.04.1980 – 6 RKa 5/79 -). Den Prüfgremien steht es allerdings im Rahmen ihres Ermessens durchaus frei, dennoch eine Verfeinerung vorzunehmen, vgl. hierzu auch Anm. *Engelhard*, SGb 2003, S. 545 ff.

568 BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R -; vgl. hierzu auch das nächste Kapitel.

weiter verfeinerte Vergleichsgruppe im Hinblick auf die Zusatzbezeichnung zu bilden.[569]

6.6.4. Größe und Homogenität der Vergleichsgruppe

Die Bildung **verfeinerter Vergleichsgruppen** ist im Übrigen nur dann möglich, wenn eine **ausreichende Zahl vergleichbarer Ärzte** mit entsprechenden Qualifikationen vorhanden ist. Eine Vergleichsgruppe von **15 Ärzten** ist nicht von vornherein zu klein bemessen für einen Einzelleistungsvergleich oder einen Spartenvergleich.[570] Dies gilt insbesondere dann, wenn die Prüfgremien diejenigen Ärzte unberücksichtigt lassen, welche die geprüften Ziffern gar nicht abrechnen.

Grundsätzlich muss die Gruppe **umso größer** sein, **je weniger homogen** sie ist. Da bei den Zahnärzten eine große Homogenität gegeben ist, kann schon eine Vergleichsgruppengröße von 10 Praxen akzeptiert werden.[571] Das **Bundessozialgericht** hat für die Bildung einer Vergleichsgruppe sogar eine Anzahl von nur neun ausführenden Ärzten für ausreichend erachtet.[572]

Eine Vergleichsgruppe kann auch aus nur neun Ärzten bestehen.

Allerdings müssen bei einer konkreten Vergleichsrechnung **Fehldeutungen** zum **Nachteil** der **Ärzte ausgeschlossen** werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn bestimmte Ziffern aufgrund bestimmter Umstände nur in beschränktem Umfang erbracht werden können.[573] Denn es besteht – gerade bei kleinen Vergleichsgruppen – die nahe liegende Möglichkeit, dass manche Ärzte innerhalb dieser Vergleichsgruppe die geprüften Leistungen nur in ganz geringem Umfang abgerech-

---

569 BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R -. Die aufgrund dieser Spezialisierung resultierenden Abweichungen von der Fachgruppe sind allerdings durchaus angemessen zu würdigen. Gegebenenfalls kommt – angesichts dieser besonderen Qualifikationen - ein statistischer Vergleich hinsichtlich der abweichenden Einzelziffern mangels Vergleichbarkeit gar nicht mehr in Betracht, vgl. hierzu bereits Kap. 6.5.3.5, S. 114 ff. Auch die Zusatzbezeichnung Psychotherapie bei einem Orthopäden verpflichtet die Prüfgremien nicht dazu, eine engere Vergleichsgruppe zu bilden. Denn in Frage standen vor allem Überschreitungen bei physikalisch-medizinischen Leistungen. Der Arzt hätte folglich darlegen müssen, dass ein Zusammenhang zwischen einer psychotherapeutischen Praxisausrichtung und einem vermehrten Ansatz physikalisch-medizinischer Leistungen besteht, BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R -.

570 BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 14/02 R -.

571 So auch *Ries/Schnieder/Großbölting*, S. 46.

572 BSG, Urt. v. 27.04.1982 – 6 RKa 7/79 -.

573 Hier: Gesprächsziffern nach Nrn. 17, 18 EBM-Ä für Chirurgen, vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 14/02 R -.

net haben, während in anderen Fällen, bedingt durch die konkrete Praxisausrichtung, ein besonders häufiger Ansatz erfolgte.[574]

Auch bei kleinen Vergleichsgruppen muss eine Homogenität gewährleistet sein.

Erreicht die gewünschte Vergleichsgruppe keine angemessene Größe, kommt auch die Heranziehung von Zahlen aus **anderen KZV-Bereichen** in Betracht. Allerdings können innerhalb derselben Fachgruppe auch regionale Unterschiede bestehen, welche die Heranziehung KZV-fremder Zahlen erschweren können.[575]

Lassen sich infolge einer zu geringen Zahl von Zahnärzten gleicher Fachrichtung entsprechend zutreffende Vergleichsgruppen nicht bilden, lässt sich eine statistische Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten nicht durchführen.[576] In diesen Fällen ist nur eine **repräsentative Einzelfallprüfung** mit anschließender Hochrechnung möglich und geboten.[577] In Betracht kommt eventuell auch ein **Vertikalvergleich** mit den eigenen **Abrechnungswerten** früherer Quartale.[578]

Ist die Vergleichsgruppe zu klein, muss eine Einzelfallprüfung erfolgen.

6.6.5. Beurteilungsspielraum der Prüfgremien

Den Prüfgremien steht hinsichtlich der Bildung einer **verfeinerten Vergleichsgruppe** ein **Beurteilungsspielraum** zu, der gerichtlich nur begrenzt überprüfbar ist.[579] Dies gilt insbesondere für die Bildung engerer Vergleichsgruppen zur Be-

---

574 So hatte das Bundessozialgericht mangels Homogenität einen statistischen **Vergleich von Einzelleistungen** (bzw. einen Spartenvergleich bezogen auf nur zwei Einzelleistungen) mit der Facharztgruppe in einem folgenden Fall für **unzulässig** erklärt:
Die Vergleichsgruppe bestand aus 15 Chirurgen; hiervon waren zwei Proktologen, zwei Plastische Chirurgen, vier Chirotherapeuten, zwei Gefäßchirurgen sowie sechs Unfall- und Allgemeinchirurgen (einer hiervon nicht in die Vergleichsgruppe einbezogen). Geprüft wurde beim betroffenen Chirurgen die Gesprächsziffer 17 EBM-Ä. Diese war von 4 dieser Chirurgen kaum abgerechnet worden, 6 der 15 ausführenden Chirurgen hatten die Leistung demgegenüber um mehr als 40 % über dem errechneten Durchschnitt abgerechnet. Folglich wurde die geprüfte Einzelleistung von denjenigen Chirurgen, die die Einzelleistung überhaupt nicht abrechneten, extrem nach unten korrigiert. Die Prüfgremien sind in solchen Fällen verpflichtet, die möglichen Fehlerquellen einer rein statistisch-mathematischen Rechnung zu überprüfen und gegebenenfalls durch weitere Umstände abzusichern, BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 14/02 R -; vgl. zur Notwendigkeit der intellektuellen Prüfung Kap. 6.8, S. 131 ff.

575 KassKomm, *Hess*, § 106 SGB V, Rn. 55.

576 BSG, Urt. v. 08.04.1992 – 6 RKa 27/90 - für einen nuklearmedizinisch tätigen Internisten.

577 BSG, Urt. v. 08.04.1992 – 6 RKa 27/90 -; vgl. zur Einzelfallprüfung Kap. 5, S. 77 ff.

578 BSG, Urt. v. 30.11.1994 – 6 RKa 14/93 -; vgl. zum Vertikalvergleich Kap. 6.3.3, S. 100 ff.

579 BSG, Urt. v. 27.01.1987 - 6 RKa 16/86 -; BSG, Beschl. v. 20.09.1988 – 6 BKa 12/88 -.

rücksichtigung von Praxisbesonderheiten.[580] Der Zahnarzt hat insoweit **nur** einen **Anspruch** darauf, dass die von ihm vorgetragenen Praxisbesonderheiten **berücksichtigt** werden, sofern diese substantiiert vorgetragen wurden. Allerdings hat er **keinen Anspruch** darauf, dass wegen der behaupteten Praxisbesonderheit eine **verfeinerte Vergleichsgruppe gebildet** wird.[581]

Es besteht kein Anspruch auf Bildung einer besonderen Vergleichsgruppe.

Denn die Bildung engerer Vergleichsgruppen ist nur dann erforderlich, wenn sich die **Behandlungsausrichtung** und **Behandlungsmethoden** einer bestimmten Arztgruppe so **nachhaltig** von derjenigen anderer Ärzte **unterscheiden**, dass die Vergleichbarkeit beider Arztgruppen sowohl hinsichtlich der überwiegend behandelten Gesundheitsstörungen als auch hinsichtlich der Zusammensetzung der Patientenklientel nur noch sehr eingeschränkt gegeben ist.[582]

---

580 Vgl. zu den Praxisbesonderheiten Kap. 7.1, S. 139 ff.

581 BSG, Urt. v. 15.04.1980 – 6 RKa 5/79 -; BSG, Urt. v. 22.04.1983 – 6 RKa 13/80 -; BSG, Urt. v. 27.01.1987 – 6 RKa 16/86 -.

582 BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R -.

6.7. Funktion der Grenzwerte

6.7.1. Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die **Festlegung** bestimmter **Grenzwerte** in der Prüfvereinbarung[583] stellt zunächst das **Auswahlkriterium** dar, anhand dessen vor Beginn der eigentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung zu ermitteln ist, **welche Honorarabrechnungen** in eine **Prüfung einbezogen** werden sollen. Die Grenzwerte dienen insoweit als sachgerechtes Auswahlinstrument für eine gleichmäßige Erfassung von Zahnärzten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung.[584]

Voraussetzung für die **Einleitung einer statistischen Vergleichsprüfung** nach Durchschnittswerten ist typischerweise, dass die mit einem bestimmten Wert festgelegte **Grenze** zum **„offensichtlichen Missverhältnis"**[585] **überschritten** wird. Denn unterhalb dieser Grenze kann die Unwirtschaftlichkeit eines Arztes nur im Wege der Einzelfallprüfung oder durch ergänzende beispielhafte Prüfung von Einzelfällen festgestellt werden.[586]

6.7.2. Vermutung der Unwirtschaftlichkeit

6.7.2.1. Grundlagen

Wurde aufgrund der Grenzwertüberschreitung eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt und liegt der Behandlungsaufwand des Zahnarztes (entweder bei dem Gesamtfallwert oder bei einem Sparten- oder einem Einzelleistungswert)[587] trotz zu berücksichtigender Praxisbesonderheiten oder Einsparungen[588] weiterhin im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses, so bewirkt dies eine **Vermutung der Unwirtschaftlichkeit**.[589] Denn nach der ständigen Rechtsprechung des **Bundessozialgerichts** kommt einem **Grenzwert** zur Festlegung des offensichtlichen Missverhältnisses die **weitere Funktion** zu, dass bei seinem Überschreiten der **Anscheinsbeweis** der Unwirtschaftlichkeit erbracht ist.[590]

---

583 Vgl. hierzu Kap. 3.1.2, S. 32 ff.
584 BSG, Urt. v. 30.11.1994 - 6 RKa 16/93 -.
585 Vgl. hierzu Kap. 6.4.4, S. 105 ff.
586 Vgl. hierzu Kap. 5, S. 77 ff.
587 Vgl. hierzu Kap. 6.5, S. 110 ff.
588 Vgl. hierzu Kap. 7, S. 139 ff.
589 St. Rspr., vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 79/03 R -; BSG v. 16.07.2003 – B 6 KA 14/02 R - m.w.N.
590 Vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 70/03 R -.

6.7.2.2. Anscheinsbeweis und Beweislastumkehr

„Anscheinsbeweis" bedeutet, dass aufgrund einer bestimmten Situation eine bestimmte Schlussfolgerung gezogen werden darf.[591] Dieser Anscheinsbeweis ist zulässig, sofern das Ausmaß der Überschreitung **nicht** mehr durch **Unterschiede in der Praxisstruktur** oder in den **Behandlungsnotwendigkeiten erklärbar** ist.[592] Nunmehr hat der betroffene **Zahnarzt darzulegen**,[593] dass er dennoch nicht unwirtschaftlich behandelt hat, sondern seine Behandlungsweise dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht. Er trägt hierfür auch die **Beweislast**.[594]

Eine Überschreitung der Grenzwerte hat als Anscheinsbeweis die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit zur Folge.

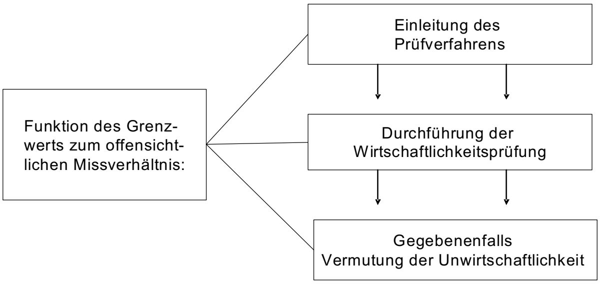


Abbildung 26

---

591 Bei einem typischen Auffahrunfall wird beispielsweise ebenfalls angenommen, dass der auffahrende Autofahrer schuld am Unfall sei. Die Tatsache, dass er auf den Vordermann auffährt, spricht also zunächst gegen ihn und begründet den Anschein bzw. die Vermutung seines schuldhaften Verhaltens. Es mag zwar durchaus sein, dass es im konkreten Fall gar nicht der Hintermann, sondern der Vordermann war, der den Unfall verursacht hat. Möglicherweise hat der Vordermann unvermittelt und grundlos gebremst, etwa weil es ihm bei hoher Geschwindigkeit unvermittelt einfiel, abzubiegen. In diesem Fall könnte es sein, dass der Hintermann – selbst bei größter Vorsicht – nicht in der Lage war, rechtzeitig abzubremsen, um den Auffahrunfall zu vermeiden. Allerdings muss der Hintermann **beweisen**, dass nicht er, sondern der Vordermann den Unfall verursacht hat. Er wird die grundsätzliche Annahme, „wer auffährt, hat Schuld" überzeugend widerlegen müssen, um diese Vermutung zu entkräften und darzulegen, dass er zwar aufgefahren ist, hieran jedoch keine Schuld trägt. Ebenso verhält es sich bei der statistischen Vergleichsprüfung, sobald der Arzt beim Gesamtfallwert, bei einzelnen Leistungssparten oder bei Einzelleistungen die – von den Prüfgremien definierten - Grenzwerte überschritten hat.

592 BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -.

593 Vgl. zur Darlegungspflicht des Zahnarztes Kap. 6.9.1, S. 133 ff.

594 BSG, Urt. v. 16.07.2003 – B 6 KA 45/02 R -; BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -.

Die Überschreitung im offensichtlichen Missverhältnis bewirkt
eine Beweislastumkehr zu Lasten des Zahnarztes.



Abbildung 27

Während im Bereich der Übergangszone noch die Prüfgremien anhand einer Einzelfallprüfung die Unwirtschaftlichkeit des Zahnarztes nachweisen müssen, ist dies im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses umgekehrt: Die Prüfgremien dürfen annehmen, dass die Überschreitung der Grenzwerte auf unwirtschaftlicher Behandlungsweise beruht, sofern nicht der Zahnarzt seinerseits darlegen kann, weshalb die **Überschreitung** des Fachgruppendurchschnitts durch bestimmte Gründe **gerechtfertigt ist**.[595]

6.7.2.3. Geringfügige Über- oder Unterschreitung

Auch eine nur **geringfügige Über- oder Unterschreitung** der festgelegten Grenzwerte kann im besonderen Einzelfall als **Ausdruck** eines offensichtlichen Missverhältnisses gewertet werden, wenn diese Überschreitung nicht nur vereinzelt auftritt, sondern sich in das Bild einer über **längere Zeit** im Wesentlichen gleichartigen **unwirtschaftlichen Verschreibungspraxis** einfügt.[596]

---

595 Vgl. hierzu allgemein Kap. 7, S. 139 ff. und für die einzelnen BEMA-Ziffern Kap. 8, S. 155 ff.

596 Im entschiedenen Fall war der geprüfte Arzt hinsichtlich seiner Verordnungsweise innerhalb von acht Quartalen in jedem Quartal auffällig und hatte – mit Ausnahme

In einem solchen Fall kann sogar Veranlassung bestehen, den **Grenzwert** für das offensichtliche Missverhältnis von vornherein **niedriger anzusetzen** als bei gelegentlichen Auffälligkeiten in Einzelquartalen. Das ist nach Ansicht des Bundessozialgerichts deshalb gerechtfertigt, weil sich der **Aussagewert** einer statistischen Abweichung mit der **Zahl** der in die Vergleichsbetrachtung einbezogenen **Quartale erhöht**.[597]

---

zweier Quartale – den Vergleichsgruppendurchschnitt in einer Größenordnung zwischen 50 und 60 % überschritten. Daher hielt es das BSG für sachwidrig, dass die Prüforgane das längerfristige Verordnungsverhalten des Arztes außer Betracht ließen und sich für jeden einzelnen Prüfungszeitraum an einer starren Prozentgrenze dergestalt orientierten, dass bei einer Überschreitung der Grenze um einen Prozentpunkt in einem Quartal (51 %) ein offensichtliches Missverhältnis angenommen, bei einer Unterschreitung um einen Prozentpunkt im unmittelbar vorausgehenden Quartal (49 %) ein solches aber verneint wurde. Geringfügige Veränderungen dieser Art von Quartal zu Quartal könnten auf Zufälligkeiten beruhen. Daher sei eine unterschiedliche Behandlung nicht zu rechtfertigen, insbesondere da es sich nur um vorübergehende Schwankungen ohne Tendenz zu einer dauerhaften Verringerung des Arzneimittelaufwandes handelte, vgl. BSG, Urt. v. 28.10.1992 – 6 RKa 38/91 -.

597 Denn die Höhe der Kosten (hier Verordnungskosten) wird zum einen durch längerfristig wirksame Praxisumstände wie die diagnostische und therapeutische Ausrichtung, das Leistungsspektrum und die Zusammensetzung der Patientenschaft, zum anderen durch zufällige, vom Arzt nicht zu beeinflussende Faktoren, z.B. eine vorübergehende Häufung schwerer oder besonders therapieaufwendiger Krankheitsfälle bestimmt. Letztere können auch bei wirtschaftlichem Verhalten kurzzeitig eine erhebliche Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts bewirken, so dass bei der Festlegung des offensichtlichen Missverhältnisses ein größerer Toleranzbereich vorgesehen werden muss. Treten dagegen in einer Praxis, die keine wesentlichen Besonderheiten aufweist, über einen langen Zeitraum konstant hohe Abweichungen auf, so ist eine zufällige Verursachung praktisch ausgeschlossen. Dann aber kann es je nach Lage des Einzelfalles angezeigt sein, eine unwirtschaftliche Verordnungsweise auch schon bei niedrigeren Überschreitungswerten als bewiesen anzusehen, vgl. BSG, Urt. v. 28.10.1992 – 6 RKa 38/91 -.

6.8. Das Erfordernis einer intellektuellen Prüfung

6.8.1. Notwendigkeit eines typischen Geschehensablaufs

Nach den **Regeln des Anscheinsbeweises** kann von einer Überschreitung im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise nur dann geschlossen werden, wenn ein solcher Zusammenhang einem **typischen Geschehensablauf** entspricht, wenn also die **höheren Kosten** des einzelnen Arztes **erfahrungsgemäß** auf eine **unwirtschaftliche Behandlungsweise** zurückzuführen sind. Die **Aussage** des Anscheinsbeweises wird hingegen **eingeschränkt**, soweit bei der geprüften Arztpraxis **besondere Umstände** vorliegen, welche für die Vergleichsgruppe untypisch sind.[598]

6.8.2. Berücksichtigung der konkreten medizinischen Behandlung

Begleitend zur statistischen Vergleichsprüfung muss daher stets zwingend eine so genannte **intellektuelle Prüfung** der statistischen Grundlagen anhand **medizinischer Gesichtspunkte** erfolgen, bevor pauschal eine Bewertung der „Unwirtschaftlichkeit" vorgenommen wird, die sich ausschließlich an statistischen Kriterien orientiert. Denn bei der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist zu beachten, dass die **statistische Betrachtungsweise nur einen Teil** des Prüfverfahrens ausmacht.[599]

Ausgangspunkt der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind daher auch bei der Vergleichsprüfung zunächst die **tatsächlich praktizierten Behandlungsabläufe** und nicht in erster Linie deren rechtliche Bewertung. Hierbei sind die für die Wirtschaftlichkeit relevanten **medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkte**, wie das **Behandlungsverhalten**, die **unterschiedlichen Behandlungsweisen** innerhalb der Arztgruppe und die bei dem geprüften Zahnarzt vorhandenen **Praxisbesonderheiten** in Rechnung zu stellen.[600]

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung darf sich nicht auf einen
rein statistischen Vergleich beschränken.

---

598 BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.

599 St. Rspr., vgl. etwa BSG, Urt. v. 15.03.1995 – 6 RKa 37/93 -; BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R -. Dies begründete das Bundessozialgericht insbesondere mit dem Wortlaut des damaligen § 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V: Es sei nicht von einer „statistischen Vergleichsprüfung", sondern von einer „arztbezogenen Prüfung nach Durchschnittswerten" die Rede, weshalb eine rein statistische Bewertung – ohne Berücksichtigung weiterer Gesichtspunkte - im Gesetzeswortlaut keine Stütze finde.

600 BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R -; BSG, Urt. v. 15.11.1995 – 6 RKa 43/94 -.

6.8.3. Übereinstimmung der Leistungsbedingungen

Nur durch eine solche **ergänzende intellektuelle Betrachtung** wird gewährleistet, dass die **wesentlichen Leistungsbedingungen** des geprüften Zahnarztes mit denen der verglichenen Zahnärzte **übereinstimmen** und somit auch der Erfahrungssatz zum tragen kommt, dass erheblich höhere Fallkosten die Vermutung einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise begründen.[601] Denn gerade bei **Leistungen**, die für die jeweilige Arztgruppe **atypisch** sind, ist eine **hohe Überschreitung** des Fachgruppendurchschnitts geradezu ein **Beleg** für das Vorliegen einer **Praxisbesonderheit**. Diese Feststellung kann allerdings nur durch die begleitende intellektuelle Prüfung getroffen werden.

Zu berücksichtigen sind stets die für die Zahnarztpraxis
relevanten medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkte.

6.8.4. Zeitpunkt der intellektuellen Überprüfung

Die intellektuelle Prüfung wird sich zunächst im Bereich der **Vorauswahl**[602] abspielen, um gegebenenfalls die statistischen Aussagen überprüfen und korrigieren zu können. Die intellektuelle Prüfung hat jedoch das **gesamte statistische Verfahren** zu **begleiten** und zu **ergänzen** – dies gilt bis hin zur Festsetzung oder Schätzung eines eventuell unwirtschaftlichen Mehrbedarfs. Andernfalls kann das rein statistisch festgestellte offensichtliche Missverhältnis nicht den Anscheinsbeweis für unwirtschaftliches Verhalten des Arztes erbringen.[603]

---

601 Hierzu grundlegend BSG, Urt. 09.03.1994 – 6 RKa 18/92 -.

602 Vgl. hierzu Kap. 3.6.3, S. 50 ff.

603 BSG, Urt. v. 09.03.1994 - 6 RKa 18/92 -. Erfolgt hingegen eine solche intellektuelle Prüfung und werden sodann folgerichtig und sachgerecht die von der Rechtsprechung entwickelten Folgerungen gezogen, so kann dies allerdings zur Konsequenz haben, dass bereits bei Überschreitungen von mehr als 40 % Abweichung gegenüber der Fachgruppe ein so genanntes offensichtliches Missverhältnis vermutet werden kann; vgl. etwa BSG, Urt. v. 18.06.1997 – 6 RKa 52/96 – (hier allerdings Arzneimittelverordnungen).

6.9. Darlegungspflicht und Sachverhaltsaufklärung

6.9.1. Darlegungspflicht des Zahnarztes

Befinden sich die Abrechnungswerte – auch nach Durchführung der intellektuellen Prüfung durch die Prüfgremien – (noch immer) im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses, kehrt sich die Beweislast zu Lasten des Zahnarztes um.[604] Hiermit verbunden ist eine besondere **Darlegungspflicht** des geprüften Zahnarztes für solche Umstände, welche die festgestellten Überschreitungen begründen können. Der Zahnarzt ist es, der nun darlegen muss, dass er zwar die Grenzwerte überschritten hat, dass diese Überschreitung in seinem Fall jedoch gerade nicht durch unwirtschaftliches Handeln, sondern durch **besondere Umstände** begründet ist. Diese Gründe können sein:

- Besonderheiten seiner Praxis,[605]
- Ausgleich durch Einsparungen bei anderen Leistungssparten oder bei einzelnen Behandlungsziffern.[606]

Den Zahnarzt trifft eine besondere Darlegungspflicht
bei Überschreitung der Grenzwerte im offensichtlichen Missverhältnis.

Gelingt ihm dies nicht, können die Prüfgremien Honorarkürzungen oder Arzneimittelregresse aussprechen, wobei die Höhe der durch Unwirtschaftlichkeit bedingten Mehrkosten und der entsprechende Kürzungsbetrag auch im Wege der Schätzung ermittelt werden kann.[607]

Hinsichtlich der Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen ergibt sich eine besondere Mitwirkungspflicht des Zahnarztes aus der Sache selbst: Er macht einen **Vergütungsanspruch** geltend, der ihm nur zusteht, wenn er die in Rechnung gestellte **Leistung** auch **tatsächlich erbracht** hat und diese im Rahmen der kassen- oder vertragsärztlichen Versorgung erbringen durfte.[608] Es ist daher seine Angelegenheit, die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen. Dies gilt vor allem, wenn er sich auf für ihn günstige Tatsachen berufen will und diese Tatsachen allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können.[609]

---

[604] Vgl. hierzu Kap. 6.7.2.2, S. 128 ff.

[605] Vgl. hierzu Kap. 7.1, S. 139 ff.

[606] Vgl. hierzu Kap. 7.4, S. 151 ff.

[607] BSG, Urt. v. 27.11.1959 – 6 RKa 4/58 -; BSG, Urt. v. 29.05.1962 – 6 RKa 24/59 -; BSG, Urt. v. 15.05.1963 – 6 RKa 21/60 -; BSG, Urt. v. 26.04.1978 – 6 RKa 10/77 -; vgl. zur Schätzung der unwirtschaftlichen Mehrkosten auch Kap. 9.4.5, S. 290 ff.

[608] BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.

[609] Einen Arzt, dessen Praxis und Behandlungsweise von der Typik der Praxen seiner Fachgruppe abweicht, trifft deshalb dafür sowohl die Darlegungslast als auch insofern

6.9.2. Dokumentation und Schweigepflicht

Ein möglicher Ausdruck der Mitwirkungspflicht ist beispielsweise die Verpflichtung zu einer **sorgfältigen Falldokumentation**, deren Unterbleiben zu Lasten des Arztes gehen kann.[610] So hat beispielsweise das LSG Bayern angenommen, dass abgerechnete zahnärztliche Leistungen nicht erbracht worden sind, wenn sie nicht durch entsprechende Dokumentation aus den Krankenblättern ersichtlich sind.[611] Dabei sind die Diagnosen in angemessener Kürze, jedenfalls so präzise zu formulieren, dass sich daraus die **Plausibilität** der **abgerechneten Leistungen** auch im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung erkennen lässt.[612] Eine nachträgliche Vervollständigung der Dokumentation ist wegen der damit verbundenen Unsicherheit rechtlich bedenklich.[613]

Keine Berufung auf die ärztliche Schweigepflicht.

Der Zahnarzt ist im Übrigen **verpflichtet**, den **Prüfgremien** sämtliche **Unterlagen zur Verfügung zu stellen**, die diese zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung benötigen. Er kann sich gegenüber einem entsprechenden Verlangen auch **nicht** auf die **ärztliche Schweigepflicht berufen**.[614] Denn das Gesetz bestimmt ausdrücklich, dass bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit oder Qualität der ärztlichen Behandlung im Rahmen eines Prüfverfahrens auch eine versichertenbezogene Übermittlung zulässig ist, so dass das Interesse des Patienten am Datenschutz im Einzelfall zurücktritt.[615]

---

die Beweislast, dass besondere Umstände den Anscheinsbeweis nur korrigieren, soweit sie und ihre Auswirkungen bewiesen werden können, vgl. BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.

610 *Dahm*, S. 69, Rn. 185; v. *Strachwitz-Helmstatt*, S. 227, Rn. 786. Die Pflicht zur Falldokumentation ergibt sich auch aus § 5 BMV-Z: „Der Kassenzahnarzt ist verpflichtet, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und, soweit erforderlich, die Diagnose sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen."

611 LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 3 KA 510/02 -; anders hingegen SG Hannover, vgl. hierzu Fn. 826.

612 Andernfalls riskiert der (Zahn)Arzt seinen Honoraranspruch, vgl. BSG, Urt. v. 04.05.1994 – 6 RKa 37/92 -; vgl. auch *Plagemann*, S. 604, Rn. 142.

613 BSG, Urt. v. 17.09.1997 - 6 RKa 86/95 -. Allerdings sind die Behandlungsunterlagen als *Einheit* anzusehen, so dass nicht allein der Abrechnungsschein für den Nachweis der Wirtschaftlichkeit ausschlaggebend ist, sondern die Dokumentation des Behandlungsverlaufs in ihrer Gesamtheit. Diese kann ggf. noch im Prüfverfahren verdeutlicht werden, so zutreffend *Dahm*, S. 69, Rn. 185.

614 BSG, Urt. v. 22.06.1983 – 6 RKa 10/82 -; BSG, Urt. v. 19.11.1985 – 6 RKa 14/83 -. Vgl. zur Schweigepflicht auch ausführlich *Kiesecker,* in Rieger.

615 Vgl. § 298 SGB V.

6.9.3. Folgen einer unterlassenen Mitwirkung

Der geprüfte Zahnarzt kann zwar **nicht zur Mitwirkung** im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung **verpflichtet** werden. Er muss weder Einwendungen erheben, noch ist er verpflichtet, zu einer mündlichen Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss zu erscheinen. Unterlässt er allerdings diese Möglichkeiten, so hat dies für ihn **rechtlich erhebliche Konsequenzen**.

Die Mitwirkung liegt im Interesse des Zahnarztes.

Genügt nämlich der einzelne Arzt der ihm obliegenden Mitwirkungspflicht nicht, so können die **Prüfgremien** in der Regel **davon ausgehen**, dass solche **Besonderheiten nicht vorliegen**.[616] Unterlässt er es etwa, Tatsachen vorzutragen, die in seinem Falle eine Abweichung von den Grenzwerten rechtfertigen, kann den Prüfungsausschüssen die unvollständige Berücksichtigung eines Sachverhalts auch nicht vorgeworfen werden.[617]

Da die Verpflichtung zur Mitwirkung bereits im Verwaltungsverfahren vor dem Prüfungs- und Beschwerdeausschuss besteht, riskiert der Zahnarzt, auch im späteren **gerichtlichen** Verfahren mit entsprechenden **Einwendungen ausgeschlossen** zu sein, falls er nun doch beschließen sollte, sich gegen angeblich unberechtigte Honorarkürzungen zu wehren.[618]

Notwendige Mitwirkung bereits im Verwaltungsverfahren!

Dies gilt allerdings nicht, sofern die Ausschüsse Anlass zu der Annahme gehabt hätten, dass der Vertragsarzt auf entsprechenden Hinweis sein Vorbringen ergänzt hätte.[619] Den Prüfgremien bleibt es allerdings überlassen, dem Arzt zur Ergänzung seines Vortrages im Falle der Änderung eine **Frist** zu setzen, verbunden mit dem Hinweis, dass nach Fristablauf entschieden werde und ein späteres Vorbringen keine Berücksichtigung mehr finde.[620]

Die fehlende Mitwirkung im Prüfverfahren kann zum Ausschluss entsprechender Einwendungen im Gerichtsverfahren führen.

---

616 Vgl. BSG, Urt. v. 27.11.1959 – 6 RKa 4/58 - m.w.N.
617 *Dahm*, S. 69, Rn. 187.
618 Grundlegend hierzu BSG, Urt. v. 20.09.1988 – 6 RKa 22/87 -.
619 Werden beispielsweise erstmals im Widerspruchsverfahren vor dem Beschwerdeausschuss Einzelprüfungen durchgeführt – mithin die Prüfmethode geändert – und ist der Arzt hierzu nicht gehört worden, kann er diese auch noch im Klageverfahren vorbringen. Er kann nicht wegen verspäteter Einwendungen ausgeschlossen werden.
620 *Dahm*, S. 69, Rn. 187 mit Hinweis auf BSG, Urt. v. 20.09.1988 – 6 RKa 22/87 -.

6.9.4. Sachverhaltsaufklärung durch die Prüfgremien

Kommt der Zahnarzt der ihm obliegenden **Mitwirkungspflicht** allerdings **nach**, so sind die **Prüfgremien** ihrerseits **verpflichtet**, sich mit dem Vorbringen von Praxisbesonderheiten oder kausalen Einsparungen in der Prüfentscheidung auseinander zu setzen, sofern die **Einwendungen** des Arztes **umfänglich** und **konkret**, also „substantiiert" sind. Möglicherweise kann das Prüfgremium solche Einwendungen nur durch die beispielhafte Prüfung von Einzelfällen[621] oder durch Einzelfallprüfung eines repräsentativen Teils der Behandlungsfälle überprüfen.[622] Denn auch die Prüfgremien sind zur Aufklärung des geprüften Sachverhalts verpflichtet.

Die Prüfgremien müssen den Sachverhalt aufklären.

Die Prüfgremien haben daher allen **bekannten wesentlichen Umständen** des geprüften Einzelfalles nachzugehen, die von den typischen Gegebenheiten der Vergleichsgruppe erkennbar abweichen.[623] Nach dem im sozialrechtlichen Verwaltungsverfahren geltenden **Untersuchungsgrundsatz** hat das zuständige Prüfgremium den Sachverhalt **von Amts wegen** zu ermitteln und alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen.[624]

Grundsätzlich wird der **Prüfungsausschuss** als „erste Verwaltungsinstanz" seiner Aufklärungspflicht dadurch genügen, dass er die **Besonderheiten** der Praxis **berücksichtigt**, die aus den ihm **vorliegenden Abrechnungsunterlagen ersichtlich** oder ihm sonst **bekannt** sind (zum Beispiel der Umfang der Praxis, der wesentlich durch die Zahl der Abrechnungsfälle bestimmt wird, und die Schwere der Fälle, die häufig aus den Krankenscheinen zu entnehmen sein wird).

Der **Beschwerdeausschuss** wird darüber hinaus auch den im Widerspruchsverfahren erhobenen **Einwendungen des Arztes**[625] nachzugehen und die insoweit in Betracht kommenden Umstände näher **aufzuklären** haben. Im weiteren Verfahrensverlauf fällt die Aufklärung entscheidungserheblicher Umstände grundsätzlich auch in die **Amtsermittlungspflicht** des **Gerichts**.[626] Eine Rückverweisung an die Prüfgremien mit der Auflage, die erforderlichen Feststellungen zu treffen, ist in aller Regel unzulässig. Das gilt grundsätzlich auch, wenn die Prüfgremien im vorangegangenen Verwaltungsverfahren ihrer Verpflichtung den Sachverhalt aufzuklären, nicht nachgekommen sind.[627]

---

621 Vgl. hierzu Kap. 5.4, S. 84 ff.
622 *Dahm*, S. 70, Rn. 187; BSG, Urt. v. 27.06.2001 – B 6 KA 43/00 R – für die Prüfung eines MKG-Chirurgen.
623 BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.
624 BSG, Urt. v. 06.09.2000 – B 6 KA 46/99 -; BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.
625 Vgl. hierzu Kap. 7, S. 139 ff.
626 § 103 SGG; vgl. hierzu auch Kap. 10.4, S. 305 ff.
627 BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 4/90 -.

6.9.5. Grenzen der Aufklärungspflicht

Die **Prüfgremien** tragen jedoch **nicht** die **alleinige Verantwortung** für die **Aufklärung aller** insoweit in Betracht kommenden „**individuellen**“ **Umstände** des geprüften Zahnarztes. Denn andernfalls wäre die **Arbeit** der Prüfgremien so **erschwert**, dass sie die ihnen übertragenen Aufgaben nicht sachgerecht erfüllen könnten, während andererseits der einzelne Arzt ohne weiteres im Stande wäre, die seine Praxis betreffenden Besonderheiten darzulegen.[628]

Weder die Prüfgremien noch die Gerichte sind daher verpflichtet, die **Abrechnungen** ohne besonderen Anlass auf **Praxisbesonderheiten** zu kontrollieren und mögliche **Mehraufwendungen** herauszurechnen. Diese Verpflichtung trifft vielmehr den Zahnarzt, wenn er den Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit widerlegen will.[629] Dies gilt jedoch nur für Praxisbesonderheiten, die den Prüfgremien bislang nicht explizit bekannt waren; bekannte Umstände müssen von den Prüfgremien von Amts wegen berücksichtigt werden.

Die **Verantwortung** für die **Aufklärung** der für die Honorarprüfung maßgebenden Umstände wird also zwischen den Beteiligten – den Prüfgremien und dem zu prüfenden Zahnarzt – **geteilt**. Wo die Grenze zwischen der **Amtsermittlungspflicht** der Verwaltung und der **Mitwirkungspflicht des Arztes** im Einzelnen verläuft, mag jedoch zuweilen schwierig sein.

---

628 Vgl. BSG, Urt. v. 27.11.1959 – 6 RKa 4/58 -; SG Dresden, Urt. v. 03.12.2003 – S 11 KA 5001/03 -.

629 SG Dresden, Urt. v. 03.12.2003 – S 11 KA 5001/03 -.

7 Einwendungsmöglichkeiten des Zahnarztes

7.1. Praxisbesonderheiten

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ergibt der **erste Anschein** die Vermutung einer **unwirtschaftlichen Behandlungsweise**, wenn die Abrechnungswerte des geprüften Zahnarztes so erheblich über den Abrechnungswerten der Fachgruppe liegen, dass zwischen beiden Werten ein **offensichtliches Missverhältnis** besteht.[630] Der Schluss auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise ist jedoch nicht gerechtfertigt, soweit die Überschreitungen auf **Besonderheiten der Praxis** zurückzuführen sind und diese Besonderheiten nicht selbst auf einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise beruhen.[631]

Der Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit kann also dadurch entkräftet werden, dass der betroffene Zahnarzt **besondere Umstände** darlegt, die einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigen und zugleich **untypisch** für seine zahnärztliche Vergleichsgruppe sind. Sofern sich diese Darlegungen nach Überprüfung durch den Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschuss als zutreffend erweisen, kann – trotz Überschreitung der Grenzwerte im offensichtlichen Missverhältnis - eine Unwirtschaftlichkeit nicht mehr vermutet werden.[632] Der geprüfte Zahnarzt sollte daher versuchen, die auffälligen Überschreitungen seiner Abrechnungswerte durch so genannte **Praxisbesonderheiten** zu begründen.

7.1.1. Was sind Praxisbesonderheiten?

Zur Geltendmachung von Praxisbesonderheiten kommt es maßgeblich darauf an, ob und inwiefern sich die **behandelten Patienten** von denjenigen in den **Vergleichspraxen unterscheiden**. Nach der Definition des **Bundessozialgerichts** sind **Praxisbesonderheiten**:

> *„... aus der Zusammensetzung der Patienten herrührende Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind. Die betroffene Praxis muss sich nach der Zusammensetzung der Patienten und hinsichtlich der schwerpunktmäßig zu behandelnden Gesundheitsstörungen vom typischen Zuschnitt der Vergleichsgruppe unterscheiden.“*[633]

---

[630] St. Rspr., vgl. nur BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -; vgl. auch Kap. 6.7.2, S. 127 ff.
[631] St. Rspr., vgl. etwa BSG, Urt. v. 15.04.1986 – 6 RKa 38/84 -; BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.
[632] BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -.
[633] St. Rspr., vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 79/03 -.

Das Bundessozialgericht hat zur Anerkennung bestimmter ärztlicher Leistungen als Praxisbesonderheiten die folgenden **Voraussetzungen** aufgestellt:

- Diese **Leistungen** müssen entweder ihrer Art nach für die Arztpraxen der Vergleichsgruppe **atypisch** sein,
- oder die Leistungen müssen angesichts ihrer **Abrechnungshäufigkeit** so wesentlich über dem Fachgruppendurchschnitt liegen, dass allein die **große Zahl** einen **Schwerpunkt** belegt und damit im Ergebnis ein (spezifisches) **Qualitätsmerkmal** der betreffenden Arztpraxis darstellt.[634]

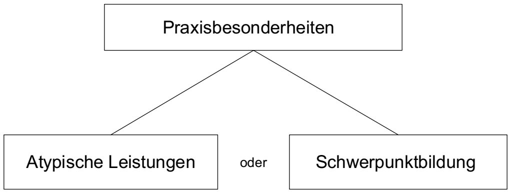


Abbildung 28

7.1.2. Homogenes Leistungsspektrum

Eine Besonderheit der zahnärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung besteht allerdings darin, dass sich die Gruppe der **Zahnärzte** allgemein durch große **Homogenität** auszeichnet.[635] Denn das Leistungsspektrum eines Zahnarztes ist schon wegen des **eingegrenzten Behandlungsbereiches** wesentlich enger als das Leistungsspektrum der Ärzteschaft, die für eine Vielzahl von Organen zuständig ist. In den meisten zahnärztlichen Behandlungsfällen liegt ein **leicht erkennbarer**, häufig sogar **offensichtlicher Krankheitszustand** vor, soweit es die konservierenden und chirurgischen Leistungen betrifft. Hier verbleibt für variable Therapieentscheidungen und „subjektiv vermehrbare Behandlungen"[636] erheblich weniger Raum als im Arztbereich.

So wird die zahnärztliche Tätigkeit maßgeblich bestimmt durch:

- Kariesdefekte,
- Parodontose,
- nicht erhaltungswürdige Zähne,
- Indikation zum Zahnersatz.

---

[634] BSG, Urt. v. 12.10.1994 – 6 RKa 6/93 -.
[635] BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -.
[636] Vgl. hierzu Kap. 3.9.1, S. 62 ff.

Das zahnärztliche Leistungsspektrum ist
im Vergleich zu den Ärzten klarer begrenzt.

Auch wird die **Ursache** von Zahnschmerzen leichter auszumachen sein, ohne dass verschiedenste Diagnostikmaßnahmen durchgeführt werden müssen. Im Falle einer Karies bleibt beispielsweise nur die Möglichkeit, den erkrankten Kariesdefekt zu beheben. Allenfalls die **Wahl zwischen Füllung** und **Entfernung eines Zahnes** lässt einen Entscheidungsspielraum zu. Ähnliches gilt für Wurzelbehandlungen.[637] Daher wird auch von einer **typischen Homogenität** der zahnärztlichen Behandlungen gesprochen. Im Vergleich hierzu sind die medizinischen Krankheitsbilder und deren Therapiemöglichkeiten wesentlich vielfältiger.

Das zahnärztliche Behandlungsspektrum ist typischerweise sehr homogen.

Diese Homogenität hat auch **Auswirkungen** auf die **Wirtschaftlichkeitsprüfung**: So hatte es das Bundessozialgericht für zulässig erklärt, bei der statistischen Vergleichsprüfung von **Einzelleistungen** die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bereits bei 50 % über dem Fachgruppendurchschnitt anzusetzen.[638] Denn es handle sich um eine homogene Zusammensetzung der Vergleichsgruppe und um konservierend-chirurgische Leistungen, die für diese Gruppe typisch seien.[639]

7.1.3. Die unterschiedlichen Typen einer Zahnarztpraxis

Dennoch können auch im zahnärztlichen Abrechnungsverhalten **Unterschiede** auftreten. So wird in der einen Praxis der **Wurzelbehandlung** und **Zahnerhaltung** der Vorrang eingeräumt, während der Kollege meint, durch **Par-Behandlung** oder **Zahnentfernung** und **Zahnersatz** erfolgreicher behandeln zu können. Innerhalb der Vergleichsgruppe, die typischerweise sämtliche Zahnärzte eines KZV-Bereiches umfasst, können im Wesentlichen folgende **Praxistypen** unterschieden werden:

- Praxen mit sehr **breitem Spektrum** an Diagnostik und Therapie bei **mittlerer Leistungsintensität** ohne Spezialisierung und Therapie-Präferenz,
- Praxen mit **mittlerer Leistungsintensität**, aber mit **Schwerpunkt** bei **Füllungen** und **Kariesbehandlung**,

[637] *Hesral*, S. 235, Rn. 807 m.w.N.
[638] Vgl. zum Einzelleistungsvergleich Kap. 6.5.3, S. 112 ff.
[639] Zur Leistungstypik und –häufigkeit vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R – m.w.N.

- Praxen mit **Konzentration** auf wenige aufwendige zahnärztliche Maßnahmen, auf Extraktionen und Anfertigung von (herausnehmbarem) Zahnersatz,
- Praxen mit **mittlerer Leistungsintensität** bei den **zahnerhaltenden** und –ersetzenden Maßnahmen und **hoher Anzahl** an **parodontologischen** und parodontal-therapeutischen Leistungen,
- Praxen mit Schwerpunkt auf **kieferorthopädischer Planung**.[640]

Solche **Therapieunterschiede** stellen zwar nicht zwingend schon Praxisbesonderheiten dar. Eine eventuell hohe Überschreitung bestimmter Leistungsziffern kann allerdings im Einzelfall darin liegen, dass sowohl die Behandlungsunterschiede als auch die unterschiedlichen Behandlungsansichten zum Tragen kommen.[641]

7.1.4. Zahnärztliche Praxisbesonderheiten

Zur **Anerkennung** als entsprechende **Praxisbesonderheit** genügt es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts allerdings **nicht**, wenn bestimmte **Leistungen** der geprüften Arztpraxis **bloß** als besonders **kostenaufwendig** herausgestellt werden. Vielmehr muss **substantiiert** dargetan werden, inwiefern sich die Praxis gerade in Bezug auf diese Merkmale von den anderen Praxen der Fachgruppe **unterscheidet**.[642] Hierbei kann es auf folgende Unterschiede ankommen:

- Behandlungsunterschiede, hervorgerufen durch selbst gewählte Schwerpunkte,
- den Ort der Ausbildung,
- generationsbedingte Behandlungsunterschiede.

Denn auch bei der zahnärztlichen Behandlung können **individuelle Abweichungen** in der **Patientenstruktur** oder hinsichtlich der Diagnosen auftreten. Möglich ist etwa, dass bestimmte Zahnärzte Patienten einer bestimmten **Altersklasse** (etwa die zwischen 50- bis 70-Jährigen oder vorwiegend 30- bis 50-Jährige oder vorwiegend Kinder, Jugendliche und junge Menschen) behandeln. Dies mag oftmals eng verknüpft sein mit dem jeweiligen **Alter** oder den Behandlungsschwerpunkten des behandelnden **Zahnarztes**. Dementsprechend können beispielsweise auch

---

[640] Vgl. *Hesral*, S. 237, Rn. 814 m.w.N.
[641] So zutreffend *Hesral*, S. 238, Rn. 816 u. S. 52, Rn. 169 ff.
[642] BSG, Urt. v. 12.10.1994 – 6 RKa 6/93 -; vgl. hierzu Kap. 6.9.1, S. 133 ff.

Milchzahnbehandlungen oder häufiger erforderlicher **Zahnersatz** überdurchschnittlich oft vorkommen.[643]

Auch ein **Mangel an Zahnärzten** in einem Gebiet kann zu einem höheren Anteil sanierungsbedürftiger Gebisse und damit zu einem abweichenden Patientengut führen. Denn im Gegensatz zu sonstigen Krankheiten sind viele Zahnerkrankungen gerade nicht akut behandlungsnotwendig, sondern schleichen langsam fort, bis eine neue Praxis Abhilfe schafft.[644] Auch **besondere örtliche Umstände**, wie die Betreuung eines **Aussiedlerheims** (wegen einer unter Umständen desolaten Zahnsituation), können zu einer abweichenden Patientenzusammensetzung führen.[645] Schließlich kann auch ein in der Umgebung bekannter **Behandlungsschwerpunkt**, wie etwa Kieferorthopädie oder Prothetik, eine Zuwanderung der komplementären Patienten zur Folge haben.

7.1.5. Anfängerpraxis

Auch die **Neu-Niederlassung**, also die so genannte „**Anfängerpraxis**" kann eine **Praxisbesonderheit** darstellen. Grund ist der eventuell vorliegende **erhöhte Behandlungsbedarf** in den ersten Quartalen durch die Behandlung neuer Patienten und die hierzu erforderliche **aufwendigere Diagnostik**.

Der Gesichtspunkt der Anfängerpraxis als Praxisbesonderheit ist allerdings beschränkt auf die **Anfangsphase** der vertragszahnärztlichen Tätigkeit. Hier kommen lediglich „einige" Quartale der Anfangsphase als Praxisbesonderheit in Betracht. Was unter „**einigen Quartalen**" zu verstehen ist, war von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht konkretisiert worden und kann auch nicht im Sinne einer absoluten Quartalsanzahl bestimmt werden. Denn die anzuerkennende Dauer der Einarbeitungsphase hängt von nicht generalisierbaren Umständen des Einzelfalls ab.[646]

Soll die Anfängerpraxis als Praxisbesonderheit allerdings **länger als vier Quartale** anerkannt werden, so müssen hierfür **besondere Gründe** vorliegen, die von den Prüfgremien oder den Tatsachengerichten festzustellen sind. Fehlen solche besonderen Gründe, kann die Anfängerpraxis nach dem fünften Quartal nicht mehr als Praxisbesonderheit anerkannt werden.[647]

---

[643] *Hesral*, S. 238, Rn. 818. Zur Überschreitung bei Anästhesien aufgrund eines hohen Kinderanteils vgl. SG München, Urt. v. 14.10.1981 - S 33 KA 76/81 Z -; vgl. hierzu ausführlich Kap. 8.24, S. 234.

[644] Zur Anlaufpraxis vgl. SG München, vorherige Fn. sowie das nachfolgende Kapitel.

[645] Vgl. hierzu aber auch die Ausführungen in Fn. 563 u. Fn. 662.

[646] BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -.

[647] BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -. Die Schwierigkeiten und Besonderheiten einer Anfängerpraxis können allerdings nur im Rahmen der Höhe der Honorarkürzung berücksichtigt werden; insoweit besteht ein Ermessensspielraum der Prüfgremien.

7.1.6. Weitere mögliche Praxisbesonderheiten

Folgende weitere Praxisbesonderheiten kommen in Betracht, um eventuelle Überschreitungen einzelner Leistungsziffern oder Leistungssparten zu begründen:

- Ausrichtung der Praxis auf **besondere**, wissenschaftlich anerkannte medizinische **Untersuchungs**- und **Behandlungsmethoden**, z.B. Schwerpunkt in der systematischen Par-Behandlung und in der prothetischen Versorgung,[648]
- besondere **Praxisausstattung**, soweit diese sich auf die Zusammensetzung des Krankengutes und die Behandlung dieses Krankengutes auswirkt,[649]
- Besonderheiten in der Zusammensetzung der Patientenschaft innerhalb der Praxis, z.B.
    - hoher Rentneranteil,
    - Behandlung von **Kindern und Jugendlichen**,[650]
    - hoher Anteil an **Überweisungsfällen**,[651]
    - onkologisch ausgerichtete Praxis etc.,[652]
- nachgewiesene Behandlung besonders schwieriger Fälle,
- Erbringung aller für die Diagnostik und Therapie erforderlichen Leistungen in eigener Praxis, während die Fachgruppe diese Leistungen an andere Ärzte überweist oder entsprechende Verordnungen ausstellt,[653]

---

648 Vgl. hierzu auch LSG Bad.-Württ., Urt. v. 22.01.1986 – L 1 KA 2896/84 -.

649 Allerdings liegt es durchaus nahe, dass die Erweiterung oder Ergänzung einer Praxis um besondere Einrichtungen (zum Beispiel Labor oder Röntgen) auch dazu führen kann, dass die nunmehr erbrachten Leistungen über das Maß des Notwendigen und Wirtschaftlichen hinausgehen, während sie zuvor mit diesen Leistungen nicht auffällig waren, vgl. hierzu weiter ausführlich *Raddatz* (I), WKR 6.2 - S. 32/1.

650 Vgl. zur schwerpunktmäßigen zahnärztlichen Behandlung von Kindern etwa SG Frankfurt, Urt. v. 03.05.2000 - S 27 KA 3978/99 – und LSG Hessen, wonach zwar die Behandlung von Kindern nicht kostenaufwendiger sei, eine Berücksichtigung dieses Schwerpunktes durch eine Erhöhung des Grenzwertes zum offensichtlichen Missverhältnis jedoch gebilligt wurde, Urt. v. 05.12.2001 – L 7 KA 1046/00 -.
Derzeit ist eine Revision beim BSG anhängig mit der Frage, ob ein Kinderchirurg hinsichtlich der Abrechnung bzw. Vergütung der Ordinations- und Konsultationsgebühren nach Nrn. 1 und 2 des EBM-Ä einem anderen Chirurgen gleichzustellen ist, vgl. BSG, Az. B 6 KA 11/05 R (Stand Redaktionsschluss).

651 Vgl. hierzu auch Kap. 8.25.3.2, S. 244 ff.

652 KassKomm, *Hess*, § 106 SGB V, Rn. 21.

653 Z.B. Erbringung von physikalisch-medizinischen Leistungen in der eigenen Praxis anstelle der entsprechenden Verordnung von Heilmitteln, vgl. BSG, Urt. v. 08.05.1985 – 6 RKa 24/83 -.

- Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich, sofern diese Leistungen von anderen niedergelassenen Ärzten der Fachgruppe nicht erbracht bzw. nur in erheblich geringerem Umfang erbracht werden und die Leistungen des niedergelassenen Arztes zu einer ins Gewicht fallenden Einsparung im stationären Bereich geführt haben.[654]

Etwaige **weitere Praxisbesonderheiten** werden ausführlich im **nachfolgenden Kapitel 8 „BEMA-Ziffern im Einzelnen**“ besprochen.

7.2. Was sind keine Praxisbesonderheiten?

Praxisbesonderheiten können grundsätzlich nur dann berücksichtigt werden, wenn sich diese auf die **Patientenstruktur** beziehen, weil ein - gegenüber der Fachgruppe - atypisches Leistungsspektrum vorliegt. Dies muss der Arzt anhand konkreter Beispiele **substantiiert** darlegen.[655]

Besonderheiten, die sich ausschließlich auf den **Arzt** und seine **Praxisausstattung** beziehen, können daher dann **nicht** als **Praxisbesonderheit** anerkannt werden, wenn dies keine Auswirkungen auf die Patientenstruktur hat.

Praxisbesonderheiten sind auch dann **nicht anerkennungsfähig**, wenn die **Mehrheit der Ärzte** der Vergleichsgruppe **dieselben** oder **gleichartige Leistungen** erbringt. Denn Praxisbesonderheiten setzen voraus, dass der Zahnarzt gegenüber der Vergleichsgruppe ein **atypisches Leistungsspektrum** vorweist.[656]

Notwendig ist ein atypisches Leistungsspektrum
mit entsprechender Auswirkung auf die Patientenstruktur.

---

[654] Z.B. wenn bei einer voroperativen Diagnostik festgestellt werden kann, dass die fraglichen Krankenhäuser die Befunde des einweisenden Arztes übernommen und insoweit auf eigene Befunderhebungen verzichtet haben, wodurch die Krankenhausverweildauer verkürzt worden ist, vgl. BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.

[655] Vgl. hierzu Kap. 6.9.1, S. 133 ff.

[656] In einem vom BSG entschiedenen Fall hatte der geprüfte Gynäkologe behauptet, er erbringe besonders viele Mutterschaftsvorsorgeleistungen, Früherkennungsuntersuchungen, Behandlungen mykologischer Problemfälle, Endometriose- und Sterilitätsbehandlungen sowie hormonelle Substitutionen im Klimakterium. Dies konnte jedoch anhand der vorliegenden statistischen Unterlagen nicht festgestellt werden. Vielmehr handelte es sich bei den genannten Behandlungen um typische Leistungen einer Frauenarztpraxis. Es wäre daher erforderlich gewesen, statistische Unterlagen heranzuziehen und zu verwerten, um festzustellen, in welchem Umfang die betreffenden Behandlungsmaßnahmen in den anderen Praxen der Fachgruppe erbracht wurden und welche insoweit abweichenden Daten bei dem geprüften Arzt vorlagen, vgl. BSG, Urt. v. 12.10.1994 – 6 RKa 6/93 -.

Nicht als Praxisbesonderheiten **anerkannt** wurden nach der Rechtsprechung:

- die Behauptung der Behandlung besonders schwieriger Krankheitsfälle, sofern diese nicht gehäuft vorkommen,[657]
- ein angeblich breiteres Leistungsspektrum,[658]
- die **Behauptung**, **besser**, gründlicher und sorgfältiger **zu behandeln** als andere Fachkollegen,[659]
- **hohe Praxiskosten**, ein **hoher Personalaufwand** oder eine besonders geartete Praxisausstattung, soweit sich dies nicht auf die Behandlung selbst und die zu behandelnde Patientenstruktur auswirkt,[660]
- die **„anthroposophisch/ganzheitlich/umweltmedizinische" Ausrichtung**, sofern diese nicht anhand einer entsprechenden Patientenstruktur konkret belegt werden kann,[661]
- die Behandlung vieler **Aussiedler** bzw. **Ausländer** stellt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht notwendigerweise eine Praxisbesonderheit dar,[662]
- Ausübung der Tätigkeit im Rahmen einer **Gemeinschaftspraxis**,
- **kleine Fallzahl** gegenüber der Vergleichsgruppe.[663]

Es empfiehlt sich in der Wirtschaftlichkeitsprüfung dennoch grundsätzlich, sämtliche vorgenannten Aspekte zumindest **vorzutragen** und **auszuwerten**. Denn möglicherweise kommen im konkreten Fall **mehrere Faktoren** zusammen, die zur Erhöhung der Abrechnungswerte geführt haben und daher die Überschreitungen und die damit zusammenhängenden Mehrkosten rechtfertigen können.

---

[657] Denn auch die Fachgruppe behandelt schwierige Fälle. Diese sind typischerweise im Fachgruppendurchschnitt und im normalen Streubereich berücksichtigt, vgl. hierzu auch ausführlich und differenzierend *Raddatz* (I), WKR 6.6 - S. 16 ff.

[658] BSG, Urt. v. 28.01.1998 – B 6 KA 69/96 R -.

[659] BSG, Urt. v. 18.05.1983 – 6 RKa 18/80 -; BSG, Urt. v. 22.04.1983 – 6 RKa 13/80 -.

[660] KassKomm, *Hess*, § 106 SGB V, Rn. 54. Besonderheiten in der Patientenstruktur, die bei Neueröffnung häufig gegeben sind, müssen nach wie vor als Praxisbesonderheiten geprüft werden.

[661] BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 79/03 R – (für eine hausärztliche Praxis).

[662] Aus dem Umstand der ausländischen Herkunft oder Staatsangehörigkeit kann nicht ohne weiteres und ohne Berücksichtigung der zu behandelnden Gesundheitsstörungen bzw. der Behandlungsmethoden auf einen höheren Leistungsbedarf geschlossen werden, vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -; BSG, Urt. v. 10.05.2000 – B 6 KA 25/99 R -; vgl. auch BSG, Urt. v. 10.05.1995 – 6 RKa 2/94 -.

[663] Dies kann allenfalls dazu führen, dass die Methode der statistischen Vergleichsgruppe nicht angewandt werden kann. Bei Fallzahlen, die nur 20 % des Fallzahldurchschnitts der Vergleichsgruppe oder weniger betragen, ist nämlich eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach statistischem Vergleich ausgeschlossen, vgl. BSG, Urt. v. 09.09.1998 – B 6 KA 50/97 R -; vgl. zur Fallzahl auch Kap. 6.2, S. 95.

7.3. Anerkennung von Praxisbesonderheiten

7.3.1. Nachweis der Praxisbesonderheiten

Der Zahnarzt ist verpflichtet, die von ihm behauptete besondere **Patienten-**, **Alters**- oder **Behandlungsstruktur** und die hierauf beruhenden besonderen Behandlungsmaßnahmen aufzuschlüsseln und durch **Auflistung** oder **Stichproben darzustellen**. Ihn trifft hierfür eine entsprechende Mitwirkungspflicht- und Nachweispflicht. Es **reicht** daher **nicht aus**, angebliche Besonderheiten **pauschal** zu behaupten, um die statistischen Abweichungen zu rechtfertigen, die im auffälligen Missverhältnis zur Vergleichsgruppe liegen.[664]

Die Praxisbesonderheiten müssen
substantiiert dargelegt und nachgewiesen werden.

Denn die Rechtsprechung ist der Ansicht, dass die prozentuale Bandbreite zwischen dem Fachgruppendurchschnitt und der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis – also der Bereich der **normalen Streuung** bis hin zur **Übergangszone**[665] **- ausreicht**, um gewisse **Schwankungen** im Leistungsspektrum, wie sie allen Fachgruppen eigentümlich ist, zu **berücksichtigen**. Der Therapiefreiheit könne hierdurch angemessen Rechnung getragen werden. Der Zahnarzt, der diese Grenzwerte überschreitet, muss daher **konkret darlegen**, weshalb in seiner Praxis atypische Besonderheiten vorliegen, die – im Vergleich zur Fachgruppe - einen entsprechenden Mehraufwand erfordern.[666]

Die Therapiefreiheit des Zahnarztes ist bereits in den Grenzwerten berücksichtigt.

7.3.2. Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

Soweit die geltend gemachten Praxisbesonderheiten vom Prüfgremium anerkannt wurden, können diese unter **verschiedenen Gesichtspunkten** berücksichtigt wer-

---

[664] So zuletzt BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 79/03 R -, welches die Anerkennung einer Praxisbesonderheit wegen der angeblich „anthroposophisch/ganzheitlich/umweltmedizinischen" Ausrichtung einer hausärztlichen Praxis u.a. deshalb abgelehnt hatte, weil die Ärztin eine insoweit behauptete Praxisbesonderheit stets nur pauschal behauptet, jedoch gegenüber den Prüfgremien nicht patientenbezogen substantiiert hatte.

[665] Vgl. dazu Kap. 6.4.2, S. 103 ff.

[666] Vgl. zur Darlegungs- und Mitwirkungspflicht auch Kap. 6.9.1, S. 133 ff.

den, wobei die konkrete Zuordnung im **Ermessensspielraum** der Prüfgremien liegt.[667]

Folgende Möglichkeiten kommen in Betracht:

- Bildung einer **verfeinerten Vergleichsgruppe**: Die Prüfgremien können innerhalb der Fachgruppe eine verfeinerte/differenzierte Vergleichsgruppe bilden, z.B. für Zahnärzte mit bestimmten Schwerpunkten, für Zahnärzte mit einer besonderen Lage der Praxis und daraus resultierendem andersartigen Krankengut (z.B. Landarztpraxis, Belegärzten) etc.[668]
- Bildung **gesonderter Statistiken**: Die Prüfgremien können gesonderte Vergleichsstatistiken für Allgemeinversicherte und Rentner bilden, um die höheren Ausgaben für die Behandlung von Rentnern von vornherein im statistischen Vergleich zu berücksichtigen.[669]
- Durchführung einer **zweiten engeren Vergleichsbetrachtung**: Die vom geprüften Zahnarzt gehäuft abgerechneten Leistungen oder Leistungsbereiche werden aufgrund einer **verfeinerten Frequenzstatistik** nur mit denjenigen Kollegen verglichen, welche diese Leistungen bzw. Leistungsbereiche ebenfalls erbringen und abrechnen.[670]
- **Vergleich mit anderen Fallgruppen**: Die Prüfgremien können die Fallwerte anderer Fachgruppen heranziehen, die vergleichbare Leistungen erbringen.[671]
- **Beispielhafte Prüfung von Einzelfällen**: Die Prüfgremien können die Praxisbesonderheiten durch individuelle Betrachtung anhand von Leistungsübersichten und Frequenzstatistiken überprüfen.
- **Ausgliederung von Praxisbesonderheiten**: Anerkannte Praxisbesonderheiten werden aus der Vergleichsbetrachtung herausgerechnet, so dass nur die verbleibenden Leistungen in den statistischen Vergleich mit der Fachgruppe eingestellt werden.[672]

---

667 Vgl. hierzu Kap. 3.7.6, S. 56 ff. und Kap. 10.4.7, S. 311 ff.

668 KassKomm, *Hess*, § 106 SGB V, Rn. 55. Vgl. zur Bildung von Vergleichsgruppen ausführlich Kap. 6.6, S. 119 ff.

669 BSG, Urt. v. 27.01.1987 – 6 RKa 16/86 -. Dies wird inzwischen wohl überall so gehandhabt, anderenfalls muss diese Differenzierung eingefordert werden.

670 So genannter statistischer Vergleich der zweiten Stufe bzw. „Bereinigung um Null-Abrechner“, vgl. dazu BSG, Urt. v. 08.04.1992 – RKa 34/90 -.

671 Vgl. hierzu auch Kap. 6.5.3.5, S. 114 ff.

672 KassKomm, *Hess*, § 106 SGB V, Rn. 55.

Nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat diese Ausdifferenzierung von Praxisbesonderheiten bereits **vor Anwendung des statistischen Vergleichs** zu erfolgen. In der **ersten Prüfstufe** muss also der Fallwert insoweit **bereinigt** werden, als Praxisbesonderheiten **vorliegen** und **anerkennungsfähig** sind.[673]

7.3.3. Ermittlung der Mehrkosten

Die anerkannten Praxisbesonderheiten sind nun adäquat zu berücksichtigen. Die Prüfgremien sind daher verpflichtet, anhand **konkreter Berechnungen** diejenigen **Mehrkosten** zu ermitteln, die durch die **Praxisbesonderheiten** bedingt sind. Dies kann beispielsweise geschehen durch Multiplikation der jeweiligen Einzelziffer mit der konkreten Anzahl der Patienten, bei denen Praxisbesonderheiten anerkannt wurden. Die Ermittlung der Mehrkosten kann auch geschätzt werden, sofern die Höhe dieses geschätzten Betrages ebenfalls auf nachvollziehbaren Annahmen beruht.[674]

Sind auf diese Weise die durch die **Praxisbesonderheiten** entstandenen **Mehrkosten** ermittelt, so ist dieser Betrag entweder vom Gesamtfallwert, von der Leistungssparte oder von der geprüften Einzelziffer **abzuziehen**. Die Statistik wird hierdurch um diejenigen Mehrkosten „**bereinigt**“, die auf die Praxisbesonderheiten zurückzuführen sind. Nach diesem Rechenschritt sind nun die Durchschnittskosten der geprüften Ziffer oder Leistungssparte **erneut zu ermitteln**, wobei sich zwangsläufig ein **geringerer Wert** bzw. **Kostenansatz** ergeben muss. Ist nach diesem weiteren Rechenschritt eine auffällige Überschreitung der geprüften Leistungen nicht mehr feststellbar, darf eine Honorarkürzung auch nicht erfolgen.

Den Prüfgremien obliegt bei der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten eine doppelte Überprüfungspflicht.

Etwas anderes gilt nur, wenn die Überschreitung der Kosten **trotz Berücksichtigung** etwaiger Praxisbesonderheiten und des Abzugs der hierauf beruhenden Mehrkosten noch immer im **offensichtlichen Missverhältnis** liegt.[675] Denkbar ist auch, dass innerhalb der nachgewiesenen und anerkannten Praxisbesonderheiten Unwirtschaftlichkeiten bestehen können. Dies hätte zur Folge, dass nur ein Teil des auf die Praxisbesonderheit zurückzuführenden Mehraufwandes als wirtschaftlich anerkannt werden kann.

---

673 BSG, Urt. v. 18.06.1997 – 6 RKa 52/96 -.
674 Vgl. zur Schätzung der Mehrkosten auch Kap. 9.4.5, S. 290 ff.
675 BSG, Urt. v. 08.05.1985 – 6 RKa 24/83 -.

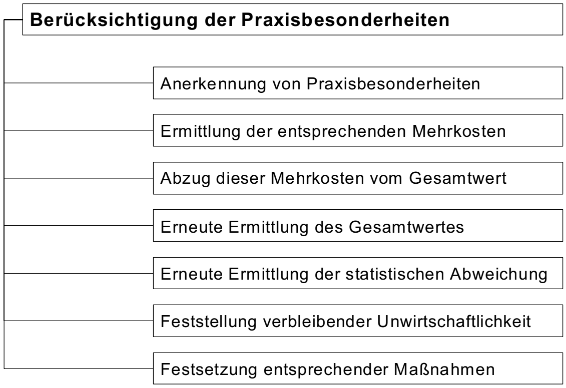


Abbildung 29

7.4. Kompensatorische Einsparungen

7.4.1. Grundlagen

Der Zahnarzt kann die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit auch dadurch entkräften, dass er sich auf so genannte „kompensatorische Einsparungen" beruft. Dann muss er darlegen, dass der **Mehraufwand in einer Leistungssparte** zu einem **Minderaufwand in einer anderen Leistungssparte** oder etwa bei den von ihm verordneten Leistungen geführt hat. Denn soweit beispielsweise bevorzugte Therapieleistungen zu statistisch auffälligen **Überschreitungen** einzelner Ziffern geführt haben, kann sich dies durchaus in einer **Unterschreitung** bei den Alternativziffern auswirken.[676]

Zwischen dem Mehraufwand und den Einsparungen an anderer Stelle muss ein innerer Zusammenhang bestehen.

Die Möglichkeit eines solchen Ausgleiches setzt allerdings voraus, dass die **Einsparungen** in anderen Bereichen in kausalem Zusammenhang mit den beanstandeten **Überschreitungen** stehen.[677] Denn dem **Vertragszahnarzt** steht **kein bestimmter Durchschnittswert** oder „Festbetrag" zur Verfügung. Dies würde nämlich bedeuten, dass er das Gebot der Wirtschaftlichkeit nicht verletzen würde, wenn er insgesamt mit seinen Leistungen diesen Durchschnittswert nicht überschreitet.[678]

Einer solchen Betrachtung hat das **Bundessozialgericht** allerdings stets eine Absage erteilt und gefordert, dass der Arzt **umfassend wirtschaftlich** handeln müsse, das Wirtschaftlichkeitsgebot also in **jedem Teilbereich** beachten müsse.[679] Einsparungen in anderen Leistungssparten allein reichen daher nicht aus, um ein offensichtliches Missverhältnis in der kritisierten Leistungssparte zu entkräften.

7.4.2. Kausaler Zusammenhang

Es besteht auch **keine Vermutung** dahingehend, dass ein solcher ursächlicher Zusammenhang besteht; vielmehr muss der **Zahnarzt substantiiert** darlegen, in

---

[676] Vgl. zu den möglichen Einsparungen bei den jeweiligen BEMA-Leistungen ausführlich Kap. 8, S. 155 ff.

[677] Ein Kausalzusammenhang kann im ärztlich-orthopädischen Bereich etwa bestehen zwischen Mehraufwendungen im Bereich der physikalisch-medizinischen Leistungen und Einsparungen in den Heilmittelverordnungen oder zwischen Mehraufwendungen im Rahmen des Sprechstundenbedarfs und Einsparungen bei Einzelverordnungen.

[678] BSG, Urt. v. 29.05.1962 – 6 RKa 24/59 -.

[679] BSG, Urt. v. 05.11.1997 – 6 RKa 1/97 -; vgl. auch Kap. 6.5.3.1, S. 112 ff.

welchen Bereichen er kompensationsfähige Einsparungen erzielt hat und zwar in einem Ausmaß, dass ein Ausgleich zwischen Mehr- und Minderaufwand hergestellt ist.[680] Die schlichte Behauptung, durch eine intensivere Diagnostik **weniger Arbeitsunfähigkeitsfälle** oder **weniger Krankenhauseinweisungen** zu verursachen, **reicht** hierfür **nicht** aus.[681]

Es besteht keine Kausalitätsvermutung zwischen Mehr- und Minderaufwand.

Die bloße Behauptung einer Zahnärztin mit Schwerpunkt im Bereich der **Oralchirurgie**, es seien durch ihre Behandlungen Überweisungen an den Kieferchirurgen erspart worden, reicht nach Ansicht des Sozialgerichts Dresden als Nachweis einer kompensatorischen Einsparung ebenfalls nicht aus. Denn es habe auf der Kostenseite keine Auswirkungen, ob ein Großteil der Fälle von den „Hauszahnärzten" an sie oder an einen Kieferchirurgen überwiesen wird.[682]

Im Übrigen hat eine **geringere Überweisungstätigkeit** nur einen **begrenzten Aussagewert**, da es der (Zahn)Arzt in gewisser Weise beeinflussen kann, wie viele Überweisungen an Fachärzte seine Abrechnungsunterlagen ausweisen. Er kann nämlich auch ohne förmliche Ausstellung von Überweisungen Patienten zum Aufsuchen von Fachärzten veranlassen.[683]

7.4.3. Nachweis der Kausalität

Der **Zusammenhang** zwischen Mehraufwendungen in einem Leistungsbereich und Minderaufwendungen in anderen Bereichen ist daher vom geprüften Zahnarzt **nachzuweisen**. Dies gilt auch für den Hinweis auf eine so genannte „Teilkompensationsfähigkeit".[684]

---

680 BSG, Urt. v. 29.05.1962 – 6 RKa 24/59 -; BSG, Urt. v. 18.05.1983 – 6 RKa 18/80 -.

681 BSG, Urt. v. 08.05.1985 – 6 RKa 24/83 -. Zu Unrecht hat das BSG allerdings die Beweislast für den Nachweis der Kausalität beim Arzt belassen, obwohl die Krankenkassen keine Statistiken über die Krankenhauseinweisungen geführt haben und dem Arzt dieser Nachweis daher gar nicht möglich war, vgl. BSG, Urt. v. 15.04.1986 – 6 RKa 38/84 -.

682 SG Dresden, Urt. v. 29.09.2004 – S 11 KA 5005/03 Z -.

683 Die rein statistische Feststellung einer niedrigeren Zahl von Überweisungen reicht nach Ansicht des BSG daher grundsätzlich nicht als Nachweis einer kompensationsfähigen Einsparung aus; vielmehr bedarf es hierfür der Ergänzung durch medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte, vgl. BSG, Urt. v. 28.01.1998 – B 6 KA 69/96 R -.

684 In dem vom BSG entschiedenen Fall wurde der Arzt wegen einer Überschreitung der Beratungsziffer Nr. 10 BMÄ gekürzt. Eine Teilkompensation durch die Unterschreitung der Leistungen nach Nrn. 2-6 BMÄ hatte das BSG abgelehnt, da diese Leistungen nicht nur eine Beratung, sondern darüber hinaus weitere Komponenten enthielten, die in der Leistung nach Nr. 10 BMÄ nicht enthalten seien. Der Arzt hätte daher näher begründen müssen, unter welchen Voraussetzungen gleichwohl eine dieser Leistungen an

Im Übrigen sind auch die Gebote der **Richtlinien** zu beachten, die in der Regel konkrete zahnärztliche und zahntechnische Voraussetzungen für die gewählte Behandlung enthalten.[685] Eine nicht indizierte Leistung (etwa die Sanierung einer nicht erhaltungsfähigen „Zahnruine“) spart beispielsweise nichts ein und ist daher unwirtschaftlich.

Der Nachweis der Kausalität zwischen der Überschreitung einerseits und der Unterschreitung andererseits sollte daher **anhand einzelner Behandlungsfälle** erfolgen. Nur so kann und muss sich der **Prüfungsausschuss** im Rahmen seiner Aufklärungs- und Begründungspflicht[686] mit dem Vorbringen des Zahnarztes **auseinander setzen**.

Der Nachweis kausaler Einsparungen sollte am Behandlungsfall erfolgen.

die Stelle der Leistung nach Nr. 10 BMÄ hätte treten können, vgl. BSG, Beschl. v. 14.07.1993 – 6 BKa 53/91 -.

685 Vgl. zu den Richtlinien Kap. 3.1.3, S. 34 ff. sowie die Darstellung der einzelnen BEMA-Ziffern in nachfolgendem Kap. 8, S. 155 ff.

686 Vgl. hierzu Kap. 6.9.4, S. 136 ff. und Kap. 9.5.3, S. 292 ff.

7.5. Darstellung der prüfrelevanten BEMA-Leistungen

Im nachfolgenden **Kapitel 8 „BEMA-Abrechnungsziffern im Einzelnen“** werden die prüfrelevanten konservierend-chirurgischen Leistungen[687] eingehend unter dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeitsprüfung untersucht und dargestellt.

Zunächst erfolgt eine **Leistungsbeschreibung** einschließlich der - für die Wirtschaftlichkeitsprüfung maßgeblichen - **Abrechnungsbestimmungen**. Sodann wird die jeweilige Leistung in ihrem **Verhältnis** zu anderen, im medizinischen Zusammenhang stehenden Leistungen und Behandlungsmaßnahmen beschrieben.

Schließlich wurde der Versuch unternommen, etwaige **Angriffspunkte der Prüfgremien** („mögliche Vorwürfe“) vorzustellen, mit denen der Zahnarzt im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eventuell rechnen muss. Diese Ausführungen könnten dem Zahnarzt gleichzeitig dazu dienen, bei seiner **zukünftigen Behandlung** die genannten Aspekte im Vorfeld zu **berücksichtigen**, um entsprechende Vorwürfe und damit eventuell verbundene **Honorarkürzungen** wegen angeblich unwirtschaftlicher Behandlungsweise zu **vermeiden**.

Abschließend werden für jede BEMA-Ziffer diejenigen **Einwendungen** dargestellt, die der **Zahnarzt** im Falle des Vorwurfs der Unwirtschaftlichkeit **erheben** kann, um etwaige Überschreitungen oder sonstige Auffälligkeiten seiner Abrechnungsweise zu begründen. Es handelt sich hierbei um Behandlungsschwerpunkte, Praxisbesonderheiten, kausale Einsparungen oder sonstige Einwendungen.

---

[687] Vgl. auch Kap. 3.9.2, S. 63 ff.

8 BEMA-Abrechnungsziffern im Einzelnen

8.1. BEMA-Nr. Ä1 (Ber)

Leistungsbeschreibung:

Beratung eines Kranken, auch fernmündlich

Abrechnungsbestimmungen:

Die Beratung nach BEMA-Nr. Ä1 kann entweder als alleinige Leistung oder neben der ersten zahnärztlichen Leistung berechnet werden. Sie kann jedoch nicht neben der Untersuchung nach BEMA-Nr. 01 abgerechnet werden, wenn beide Leistungen in derselben Sitzung erbracht werden.[688]

Die Beratung kann nicht anstelle einer Gebühr für eine andere Leistung abgerechnet werden.[689] Sie ist auch keine abrechnungsfähige Leistung zum Zwecke des Abschlusses einer zahnärztlichen Behandlung.[690]

Die Tatsache, dass sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume erstreckt, berechtigt für sich allein den Zahnarzt nicht, in jedem neuen Abrechnungszeitraum die Nr. Ä1 abzurechnen.[691]

Erstreckt sich ein Krankheitsfall über mehrere Quartale, so ist die Nr. Ä1 nach vorausgegangener Leistung der Nr. 01 oder Ä1 im Folgequartal nur abrechnungsfähig, wenn zwischen der Leistung nach Nr. 01 oder Ä1 im Vorquartal und der Leistung nach Nr. Ä1 im Folgequartal ein Zeitraum von 18 Kalendertagen überschritten ist, es sei denn, die Behandlung in diesem Folgequartal geht über den nach Nr. 01 oder Ä1 erhobenen Befund hinaus.[692]

Die Abrechnung einer Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps nach BEMA-Nr. 02 schließt den Ansatz der Nr. Ä1 für dieselbe Sitzung aus.[693]

8.1.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Die Beratungsziffer BEMA-Nr. Ä1 wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung üblicherweise im Zusammenhang mit der BEMA-Nr. 01 (eingehende Untersuchung) beurteilt.[694] Eine auffällige statistische Überschreitung liegt vor, wenn je Quartal die **Summe** aus BEMA-Nr. Ä1 und Nr. 01 **mehr als 110 bis 115 %** der

---

688 Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. Ä1.
689 Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. Ä1.
690 Abr.-Best. Nr. 5 zu BEMA-Nr. Ä1.
691 Abr.-Best. Nr. 6 zu BEMA-Nr. Ä1.
692 Abr.-Best. Nr. 7 zu BEMA-Nr. Ä1.
693 Abr.-Best. zu BEMA-Nr.02 (Ohn).
694 Vgl. zu dieser BEMA-Nr. das nachfolgende Kap. 8.2, S. 159 ff.

gesamten Scheinzahl des geprüften Zahnarztes ergibt. Denn in diesem Fall sind entweder bei mehr als 10 – 15 % aller Patienten **beide Ziffern nebeneinander** abgerechnet worden **oder** es erfolgte bei einzelnen Patienten eine **Mehrfachabrechnung der Nr. Ä1**, was möglicherweise gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot sowie gegen die Abrechnungsbestimmungen der beiden Gebührenziffern verstößt.

8.1.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die BEMA-Nr. Ä1 ist eine **schwer kontrollierbare**, leicht vermehrbare Leistung, die zum Zeitpunkt der Prüfung nicht mehr nachprüfbar ist. Da sie nicht zwingend auf einer medizinischen Notwendigkeit beruhen muss, wird sie unter Umständen besonders kritisch begutachtet. Denn eine überdurchschnittlich häufige Abrechnung dieser Position könnte eine ungerechtfertigte und damit unwirtschaftliche Leistungsausweitung bedeuten.

Wird pro Quartal die Beratung nach **BEMA-Nr. Ä1 überwiegend neben** der **BEMA-Nr. 01** abgerechnet, ist der Schluss auf eine **unwirtschaftliche** Behandlungsweise gerechtfertigt. Hierzu bedarf es weder der Einzelfallprüfung noch der beispielhaften Untersuchung einzelner konkreter Behandlungsfälle.[695] Denn ein Vergleich mit der BEMA-Nr. 01 zeigt, dass **jede** „das gewöhnliche Maß nicht übersteigende Untersuchung", also die **normale**, **allgemein übliche** und den Regeln einer ordnungsgemäßen zahnärztlichen Behandlung entsprechende Untersuchung, unter den Begriff der **Beratung** (BEMA-Nr. Ä1) fällt.[696]

Ferner ist es **unzulässig**, die Leistung nach Nr. Ä1 **als Ersatzleistung** für eine andere, nicht abrechenbare oder niedriger bewertete Leistung anzusetzen.[697] Vielmehr muss **stets** eine **beratende Leistung** erfolgt sein, die in der Karteikarte entsprechend dokumentiert ist. Manche KZVen wollen die Berechnung der BEMA-Nr. Ä1 auch für eine **gesonderte ZE-Beratung** nicht anerkennen.[698]

Grundsätzlich darf eine Beratung nach der BEMA-Nr. Ä1 **im laufenden Quartal** nur **einmal** abgerechnet werden, es sei denn, es wurde in der betreffenden Sitzung keine andere Leistung erbracht.[699] Die Nr. Ä1 darf aber grundsätzlich **nicht** als so genannte „**Eintrittsgebühr**" für jedes neue Quartal berechnet werden.[700] Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die Behandlung (beispielsweise eine Wurzelbehandlung oder Maßnahmen nach chirurgischen Eingriffen) über mehrere Abrech-

---

695 *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 271; vgl. auch LSG Nds., Urt. v. 18.06.1969 – L 5 KA 10/68 –.
696 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. Ä1, S. 5, Nr. 2.1.
697 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. Ä1, S. 7, Nr. 2.1.4.
698 Vgl. hierzu ablehnend *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 128 ff.
699 Die Abrechnung der BEMA-Nr. Ä1 setzt selbstverständlich voraus, dass eine zahnärztliche Beratung auch tatsächlich durchgeführt wurde.
700 Vgl. auch *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. Ä1, S. 5, Nr. 2.1.

nungszeiträume erstreckt.[701] Außerdem darf es sich **nicht** um eine **Terminvergabe** oder **Mahnung** handeln.

8.1.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.1.3.1. Begriffsbestimmung und Indikation

Bei der Beratung kann es sich **auch** um eine **fernmündliche** Beratung handeln, wenn tatsächlich eine Beratung des Kranken erfolgt und im konkreten Fall erforderlich ist. Dies gilt auch dann, wenn die Beratung **auf Anweisung** des Zahnarztes durch eine **nichtzahnärztliche Hilfskraft** erfolgt.[702]

Obwohl in der Leistungslegende nicht von einer Untersuchung gesprochen wird, ist auch eine nur **symptombezogene Untersuchung** unter die Leistung der „Beratung“ zu fassen, solange es sich hierbei nicht um eine eingehende Untersuchung handelt.[703]

Zwar kann die Beratungsgebühr Nr. Ä1 nicht anstelle einer Gebühr für eine andere zahnärztliche Leistung abgerechnet werden.[704] Anders verhält es sich jedoch, wenn neben einer Beratung eine zahnärztliche Leistung erbracht wird, die niedriger honoriert ist. Werden **zwei nebeneinander nicht berechnungsfähige Leistungen** erbracht, darf nach Ansicht des Bundessozialgerichts grundsätzlich die **höher bewertete Leistungsziffer** abgerechnet werden.[705] Insoweit wird empfohlen, den erbrachten Leistungsinhalt genau zu dokumentieren.

Wird ein Patient zu einer medizinisch notwendigen **Nachkontrolle bestellt**, muss an der Wunde jedoch keine Maßnahme vorgenommen werden, so kann eine eventuelle **Verhaltensinstruktion** als alleinige Leistung nach BEMA-Nr. Ä1 berechnet werden.[706]

8.1.3.2. Änderung durch neuen BEMA-Z

Seit 01.01.2004 ist die **Abrechnungsfähigkeit** der Nr. Ä1 **erweitert** worden. In der Abrechnungsbestimmung Nr. 1 wurde der Begriff *„neben der ersten Sonder-*

---

[701] Abr.-Best. Nr. 6 zu BEMA-Nr. Ä1.
[702] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. Ä1, S. 5 ff., Nr. 2.1.1.
[703] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 128.
[704] Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. Ä1.
[705] BSG, Urt. v. 18.02.1970 - 6 RKa 1/69 -.
[706] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 38, S. 10, Nr. 2.5.

leistung“ ersetzt durch die Worte *„neben der ersten zahnärztlichen Leistung“*.[707] Damit hat die Beratung nach Nr. Ä1 einen größeren Anwendungsbereich erfahren. Unter den Begriff „erste zahnärztliche Leistung“ werden nunmehr **alle Leistungen** des BEMA erfasst mit **Ausnahme** der Leistungen nach Nr. 2 (Heil- und Kostenplan bei Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankung), Nr. 4 (Parodontalstatus) und Nr. 5 (kieferorthopädische Behandlungsplanung).[708]

8.1.3.3. Konkurrenzverhältnis zur BEMA-Nr. 01

Im **Regelfall** steht zwar die systematische, **eingehende Untersuchung** (BEMA-Nr. 01) zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten **am Beginn** einer zahnärztlichen Behandlung. In **Ausnahmesituationen** kann jedoch ein **Aufschub** gerechtfertigt sein und zur Abrechnung einer orientierenden Untersuchung zu Beginn eines Behandlungsfalles als Beratung nach Nr. Ä1 führen. So kann beispielsweise in Quartalen mit einer hohen Anzahl an **Schmerzpatienten** die Abrechnung der Nr. Ä1 im Verhältnis zur Nr. 01 **verschoben** sein.[709] Bei einer Überschreitung im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses sollten daher die Gründe für den häufigen Aufschub der eingehenden Untersuchung dargelegt werden, da dies unter Umständen als **Praxisbesonderheit** anerkannt werden kann.[710]

Mit einer Beratung kann **keine andere Leistung kompensatorisch eingespart** werden.

---

707 Zur Abrechenbarkeit der Nr. Ä1 neben Nr. IP 1 bis Nr. IP 5 für Prüffälle bis 31.12.2003 vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 19/03 R -.

708 Eine Sonderstellung nimmt in diesem Zusammenhang die BEMA-Nr. 03 ein, vgl. hierzu ausführlicher *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. Ä1, S. 6, Nr. 2.1.2.

709 A.A. *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 37, der im Schmerzdienst die BEMA-Nr. 01 für abrechnungsfähig hält. Dies wird allerdings in den einzelnen kassenzahnärztlichen Vereinigungen unterschiedlich gehandhabt.

710 *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 272 – 276.

8.2. BEMA-Nr. 01 (U)

Leistungsbeschreibung:

Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung

Abrechnungsbestimmungen:

Die eingehende Untersuchung nach BEMA-Nr. 01 kann je Kalenderhalbjahr einmal berechnet werden. Eine erneute Abrechnung ist jedoch frühestens nach Ablauf von vier Monaten möglich.[711]

Neben der Untersuchung nach Nr. 01 kann für dieselbe Sitzung eine Beratungsgebühr (Nr. Ä1) nicht berechnet werden, da der Leistungsinhalt der Nr. 01 die Beratung bereits umfasst.[712]

Eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten stellt in einem Behandlungsfall in der Regel die erste Maßnahme dar (Ausnahme z. B. Schmerzfall).[713]

Eine Leistung nach Nr. 01 kann nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden. Sie ist jedoch während einer kieferorthopädischen Behandlung dann abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.[714]

8.2.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Die BEMA-Nr. 01 wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung üblicherweise im Zusammenhang mit der Beratungsziffer Nr. Ä1 (Beratung eines Kranken) beurteilt. Eine auffällige statistische Überschreitung liegt vor, wenn je Quartal die **Summe** aus BEMA-Nr. Ä1 und Nr. 01 **mehr als 110 bis 115 %** der gesamten Scheinzahl des geprüften Zahnarztes ergibt. Denn in diesem Fall sind entweder bei mehr als 10 – 15 % aller Patienten **beide Ziffern nebeneinander** abgerechnet worden **oder** es erfolgte bei einzelnen Patienten eine **Mehrfachabrechnung der Nr. Ä1**, was gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot sowie gegen die Abrechnungsbestimmungen der beiden Gebührenziffern verstoßen könnte.

---

[711] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 01.
[712] Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. 01; vgl. hierzu auch das vorherige Kap. 8.1, S. 155 ff.
[713] Abr.-Best. Nr. 5 zu BEMA-Nr. 01.
[714] Abr.-Best. Nr. 6 zu BEMA-Nr. 01.

8.2.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

8.2.2.1. BEMA-Nr. 01 als erste Behandlungsmaßnahme

Die Untersuchungsleistung nach Nr. 01 soll möglichst **als erste Behandlungsleistung** erbracht werden, da nur so die **Grundlage** für eine **zweckmäßige** und **medizinisch notwendige Behandlung** geschaffen werden kann.[715] Denn zur vertragszahnärztlichen Untersuchung gehören die **Befunderhebung** und **Diagnose** sowie ihre **Dokumentation**. Zusätzliche Untersuchungsmethoden können gesondert berechnet werden. **Inhalt** und **Umfang** der diagnostischen Maßnahmen sind jedoch in zahnmedizinisch **sinnvoller Weise zu beschränken**.[716] Eine Untersuchung ist daher stets **individuell** durchzuführen und darf nicht undifferenziert alle zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden umfassen.

Es muss eine **Ausnahme** darstellen (z.B. ein Schmerzfall), wenn ein Behandlungsfall **ersatzweise** mit einer **Beratung nach Nr. Ä1 beginnt** und die Untersuchung nach Nr. 01 erst zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt wird.[717] **Schiebt** der **Zahnarzt** die eingehende **Untersuchung ohne** anzuerkennenden **Grund** auf, verursacht er der Krankenkasse durch diese zusätzliche Beratungsleistung **unnötige** und **vermeidbare Kosten**.[718] Die Notwendigkeit eines Aufschubs der eingehenden Untersuchung ist gegenüber dem Prüfgremium darzulegen. Dies wird erfahrungsgemäß jedoch nur in einer Minderzahl der Behandlungsfälle gelingen.

8.2.2.2. Leistungsausschluss

Eine Untersuchung nach Nr. 01 darf auch **nicht** abgerechnet werden, nur „weil das halbe Jahr vorbei war". Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Abrechnung der BEMA-Nr. 01 entstehen ferner, wenn dies **während** oder **am Ende einer Behandlung** erfolgt.[719] Eine Leistungskürzung droht auch im Falle einer **unvollständigen Befundaufnahme**, da unterstellt werden könnte, die Untersuchung sei gar nicht erbracht worden.[720]

---

715 Vgl. Abr.-Best. Nr. 5 zu BEMA-Nr. 01.

716 B.I.1. der Behandlungsrichtlinien.

717 Vgl. Abr.-Best. Nr. 5 zu BEMA-Nr. 01; vgl. auch B.I.1. der Behandlungsrichtlinien. Danach soll jede zahnärztliche Maßnahme mit Ausnahme von Akut- oder Notfällen grundsätzlich mit der Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten beginnen.

718 *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 271; vgl. auch LSG Nds., Urt. v. 18.06.1969 – L 5 KA 10/68 –; SG Hannover, Urt. v. 16.01.1974 – S 10 KA 40/70 –.

719 Wird die Leistung nach Nr. 01 am jeweils letzten Behandlungstag im Quartal abgerechnet, so wird diese Leistung möglicherweise als nicht erbracht angesehen, so beispielsweise SG Kiel, Urt. v. 07.04.2000 – S 13 KA 485/98 -.

720 Vgl. SG Kiel, Urt. v. 07.04.2000 – S 13 KA 485/98 -.

8.2.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.2.3.1. Sinn und Zweck der eingehenden Untersuchung

Eine eingehende zahnärztliche Untersuchung ist **Voraussetzung** für eine **zielgerichtete und wirtschaftliche Behandlung**. Um eine **Sanierung des Gebisses** zu erreichen, sind anschließend alle festgestellten behandlungsbedürftigen Befunde systematisch einer Behandlung zuzuführen.[721] Die eingehende Untersuchung dient folglich dazu, sich vor einer Behandlung den notwendigen **Überblick** und die **Grundlage** für eine **weitere** systematische **Sanierung** zu schaffen. Daher sollte sie in jedem Behandlungsfall vorgenommen und in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.[722] Der Zeitabstand bestimmt sich nach den individuellen Erfordernissen in jedem Behandlungsfall gesondert.[723]

Die BEMA-Nr. 01 kann **auch bei zahnlosem Kiefer** abgerechnet werden, z.B. bei Untersuchung auf Mundkrankheiten.[724]

8.2.3.2. Konkurrenzverhältnis zur BEMA-Nr. Ä1

Sofern eine eingehende Untersuchung aus objektiven Gründen nicht möglich ist (z.B. wegen hochgradiger Parulis oder wegen Kieferklemme), muss die vorherige Beratung nach BEMA-Nr. Ä1 verbunden mit dem **Aufschub** der eingehenden Untersuchung **ausnahmsweise** als wirtschaftlich angesehen werden.[725] Eine weitere Ausnahme kann vorliegen bei **starken Schmerzen** des Patienten, wenn eine eingehende Untersuchung aus diesem Grund **unzumutbar** ist.[726] In diesem Fall ist zunächst eine Beratung nach Nr. Ä1 abzurechnen, während zu einem späteren Zeitpunkt die eingehende Untersuchung nach BEMA-Nr. 01 nachgeholt werden kann. Durch einen hohen Anteil an **Schmerzpatienten** (z.B. bei Vertretung mehrerer Kollegen in der Urlaubszeit), kann sich das Verhältnis somit in Richtung BEMA-Nr. Ä1 verschieben.[727]

Mit der Untersuchungsleistung nach BEMA-Nr. 01 kann **keine** andere Leistung **kompensatorisch eingespart** werden.

---

[721] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 01, S. 8, Nr. 2.1.
[722] Vgl. auch B.I.1. der Behandlungsrichtlinien.
[723] Es muss jedoch die Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 01 beachtet werden.
[724] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 01, S. 8, Nr. 2.1.
[725] *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 271.
[726] SG Hannover, Urt. v. 17.12.1980 – S 21 KA 135/79 –; *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 271.
[727] Vgl. auch Abr.-Best. Nr. 5 zu BEMA-Nr. 01. Die Prüfgremien erachten in der Regel bei einem Schmerzfall eine orientierende Untersuchung im Sinne der BEMA-Nr. Ä1 als ausreichend. A.A. *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 37, der im Notdienst die BEMA-Nr. 01 für abrechnungsfähig hält.

8.3. BEMA-Nr. 03 (Zu)

Leistungsbeschreibung:

Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde,
bei Nacht (20 – 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen

Abrechnungsbestimmungen:

Es handelt sich um einen einmaligen Zuschlag zu einer dringend notwendigen zahnärztlichen Leistung, wenn diese außerhalb der üblichen Sprechstunde erbracht wird und der Kranke nicht bereits vor Ablauf der Sprechstunde in den Praxisräumen des Zahnarztes anwesend war.[728]

Bei Leistungen außerhalb der Sprechstunde (nicht an Sonn- und Feiertagen) und bei Nacht ist die Uhrzeit anzugeben.[729]

8.3.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Bei einer statistisch auffälligen Abrechnung der BEMA-Nr. 03 ist von einer erhöhten Anzahl an **Schmerzpatienten** auszugehen. Bei einer Vielzahl an Schmerzbehandlungen wird auch die Anzahl der abgerechneten **BEMA-Nr. Ä1** höher sein. Wird dagegen die Abrechnung der **BEMA-Nr. 01**[730] im Notdienst für möglich bzw. für erforderlich gehalten, so erhöht sich in der Regel auch die Anzahl der abgerechneten eingehenden Untersuchungen (Nr. 01).[731]

Je nach „Behandlungsphilosophie“ und –erfahrung des einzelnen Zahnarztes werden im **Notdienst** beispielsweise vermehrt zahnerhaltende Maßnahmen durchgeführt. So kann es im Falle der Überschreitung der BEMA-Nr. 03 gleichzeitig zu einer statistischen Überschreitung im Bereich der **endodontischen Behandlungsmaßnahmen** sowie deren Begleitleistungen kommen.[732] Bei häufiger Notdienst-Tätigkeit werden im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt auch vermehrt **Sensibilitätsprüfungen**, **Röntgenleistungen** sowie **Lokalanästhesien** durchgeführt.

---

[728] Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. 03.
[729] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 03.
[730] Vgl. zu den unterschiedlichen Auffassungen das vorherige Kap. 8.2, S. 159 ff.
[731] So *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 37.
[732] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 41.

8.3.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Der Zuschlag nach BEMA-Nr. 03 ist nur berechnungsfähig, wenn es sich um eine **dringend notwendige zahnärztliche Leistung** handelt.[733]

Die BEMA-Nr. 03 kann jedoch nicht abgerechnet werden, wenn mit dem Patienten im Vorfeld bereits ein Behandlungstermin während des Notdienstes vereinbart wurde.[734] Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird daher zu klären sein, ob es sich tatsächlich um **unbestellte Patienten** handelt.

Die **übliche Sprechstundenzeit** darf auch **nicht** mit dem eingeteilten **Notdienst** identisch sein. Ferner ist die Berechnung des Zuschlags nicht möglich, wenn zwar die offizielle Sprechstundenzeit abgelaufen ist, der Patient sich aber vor Ablauf bereits in der Praxis des Zahnarztes eingefunden hat.[735] Auch für eine nochmalig **vereinbarte zweite Kontrolle** während eines Wochenenddienstes ist die BEMA-Nr. 03 **nicht** abrechnungsfähig.

8.3.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Die BEMA-Nr. 03 ist immer dann berechnungsfähig, wenn der Zahnarzt **außerhalb** seiner Sprechzeit von einem **unbestellten** Patienten in einem **dringend notwendigen Fall** in seinen Praxisräumen in Anspruch genommen wird. Der Zuschlag nach BEMA-Nr. 03 kann **auch** im eingeteilten **offiziellen Notdienst** - je Sitzung - abgerechnet werden. Die BEMA-Nr. 03 gilt auch bei **telefonischen Beratungen** außerhalb der Sprechstunde.[736]

Zahnärzte, die in unmittelbarer Nähe zu ihrer Praxis wohnen, werden möglicherweise häufiger von Schmerzpatienten aufgesucht. Dies könnte eine überdurchschnittliche Abrechnung dieser Leistungsposition im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt zur Folge haben. Dieser Umstand sollte daher gegenüber dem Prüfgremium als **Praxisbesonderheit** dargelegt werden.

---

[733] Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. 03.

[734] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 03, S. 3 u. 6, Nr. 2.1.

[735] Vgl. auch Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. 03. Vgl. zum Begriff „Sprechstunde" *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 03, S. 6, Nr. 2.1.

[736] Vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 03, S. 3 u. 6, Nr. 2.1.

8.4. Allgemeines zur Röntgendiagnostik

Bevor in den nachfolgenden Kapiteln 8.5 bis 8.9 die jeweiligen Röntgenleistungen nach BEMA-Nrn. 925a-d (Rö) und Nr. 935d (OPG) im Einzelnen dargestellt werden, enthält dieses Kapitel vorab **allgemeine Ausführungen** zur Indikation, Notwendigkeit und Dokumentationspflicht dieser Röntgenleistungen, die für alle genannten Ziffern gelten.

8.4.1. Notwendigkeit der Röntgendiagnostik

Die Röntgendiagnostik gehört zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn die klinische Untersuchung für eine **Diagnose** nicht ausreicht oder bestimmte Behandlungsschritte dies erfordern.[737] Je **komplexer** die **notwendige** zahnärztliche **Versorgung** wird, umso umfangreicher ist im Vorfeld die hierfür notwendige Diagnostik und folglich auch die **Röntgendiagnostik**. Insbesondere vor umfangreichen Eingriffen sind die Möglichkeiten der klinischen Befundung und der Röntgendiagnostik daher sinnvoll einzusetzen.[738]

Röntgenuntersuchungen dürfen allerdings nur durchgeführt werden, wenn dies nach zahnärztlicher Indikation geboten ist. Jede Anfertigung einer Röntgenaufnahme muss daher **medizinisch indiziert** sein. Auch die Beurteilung der Indikationsstellung unterliegt der Wirtschaftlichkeitsprüfung und wird somit von den Prüfgremien überprüft.[739]

Bei der Anfertigung einer Röntgenaufnahme ist auch die hiermit verbundene **Strahlenbelastung** zu berücksichtigen. Vor Röntgenuntersuchungen muss der Zahnarzt daher stets abwägen, ob der diagnostische Nutzen das Strahlenrisiko überwiegt und sollte die Strahlenexposition **auf das notwendige Maß beschränken**. Dies gilt insbesondere bei Röntgenuntersuchungen von **Kindern** und **Jugendlichen**.[740]

Bei **neuen Patienten** oder bei **Überweisungen** sollen nach Möglichkeit diejenigen **Röntgenaufnahmen angefordert** werden, die von vorbehandelnden Zahnärzten im zeitlichen Zusammenhang angefertigt worden sind. Diese Röntgenaufnahmen sollen vom nachbehandelnden Zahnarzt in dessen Diagnose und Therapie einbezogen werden,[741] um sowohl die **Strahlenbelastung** für den Patienten als auch die **Kosten** für die Krankenkasse auf das notwendige Maß **zu reduzieren**.

---

[737] B.II.1. der Behandlungsrichtlinien.

[738] Vgl. *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 193, der sogar grundsätzlich in jedem Behandlungsfall einen vollständigen Röntgenstatus fordert.

[739] Vgl. § 106 Abs. 2 a Nr. 1 SGB V; vgl. hierzu Kap. 3.4, S. 43 ff. und Kap. 4.1.2, S. 69 ff.

[740] So auch B.II.3. der Behandlungsrichtlinien.

[741] B.II.4. der Behandlungsrichtlinien.

8.4.2. Allgemeine Indikationen zur Röntgendiagnostik

Die Röntgenaufnahmen sind nicht nur „ergänzender Befund", sondern unabdingbarer Bestandteil zur Erstellung einer bestmöglichen Diagnose.[742] So muss bei Verdacht auf krankhafte Prozesse an Zähnen und im Kieferknochen eine röntgenologische Überprüfung erfolgen.[743] Röntgenbilder sind beispielsweise notwendig, um frühzeitig die **Ausdehnung** und Lage **approximaler Läsionen** zu entdecken.[744] Auch bei einem **Verdacht auf Approximalkaries**, die klinisch nicht erkennbar ist, kann eine Röntgenaufnahme indiziert sein.[745]

Röntgenaufnahmen kommen in Betracht bei folgenden **Indikationen**:

- vor und nach Extraktionen,
- im Rahmen einer endodontischen Behandlung (auch für die Nachkontrolle),
- Zahnersatz,
- Par-Behandlungen,
- KFO-Behandlungen,
- Kiefergelenkdiagnostik,
- Trauma,
- Fremdkörpersuche.[746]

8.4.3. Röntgenleistung im Bereich der Endodontie

Eine ordnungsgemäße **endodontische Behandlung** erfordert nach den Behandlungsrichtlinien folgende begleitende Röntgenuntersuchungen: **diagnostische Aufnahmen**, **Messaufnahmen** sowie **Kontrollaufnahmen**.[747] Diese **Einzelaufnahmen** werden in der Regel jeweils **als Rö2** abgerechnet, weil es sich um unterschiedliche klinische Situationen handelt. Die Röntgenaufnahme zur **Längenmessung** kann hingegen auch durch eine **andere endometrische Methode** ersetzt werden.[748] Zumindest die **Wurzelfüllung** muss röntgenologisch nachgewiesen

742 So auch *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 134.
743 C.13.f) der Zahnersatzrichtlinien.
744 *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 203.
745 B.II.2. der Behandlungsrichtlinien.
746 So jedenfalls *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 236.
747 Vgl. B.III.9.1.e) der Behandlungsrichtlinien; C.13.b) der Zahnersatzrichtlinien. *Oehler* fordert unter Bezugnahme auf den internationalen Standard sogar 4 Röntgenaufnahmen (Masterpointaufnahme); vgl. ausführlich zur Röntgendiagnostik in der endodontischen Behandlung *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 140.
748 A.A. *Oehler*, der die Röntgenmessaufnahme für eine unabdingbare Voraussetzung einer jeden Wurzelkanalbehandlung hält, vgl. *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlich-

werden, da der röntgenologische Nachweis der vollständigen Leistungserbringung Voraussetzung für die Abrechenbarkeit dieser Leistung ist. Das Unterlassen einer begleitenden Röntgendiagnostik kann bei der Wurzelkanalbehandlung einen groben Behandlungsfehler darstellen.[749] Der verstärkt endodontisch tätige Zahnarzt liegt aus diesem Grund mit den erbrachten Leistungen nach BEMA-Nr. Ä 925a sehr schnell über dem Fachgruppendurchschnitt.

Bei Erhaltung der Zähne durch Methoden der **Pulpenüberkappung** und **Wurzelkanalbehandlung** soll in angemessenen Zeitabständen eine klinische Prüfung und gegebenenfalls eine Sensibilitätsprüfung bzw. eine röntgenologische **Kontrolle des Heilerfolges** durchgeführt werden.[750]

8.4.4. Röntgenaufnahmen bei chirurgischen Behandlungen

Da die **Extraktion** als **ultima ratio** der zahnmedizinischen Behandlung angesehen wird, müssen vor der Extraktion alle Möglichkeiten zur Erhaltung des Zahnes ausgeschöpft und besprochen worden sein.[751] Hierzu ist eine Röntgenaufnahme unumgänglich. Röntgenaufnahmen werden **bei chirurgischen Behandlungen** insbesondere benötigt:

- vor der Extraktion,
- nach der Extraktion bei Verdacht auf unvollständige Entfernung,
- bei Fremdkörpern oder entsprechendem Verdacht darauf,
- bei Verdacht auf Kieferbruch,
- bei Verdacht auf Zahn- oder Alveolarfortsatzfraktur,
- bei Kiefergelenkserkrankung,
- bei Verdacht auf Speicheldrüsenerkrankungen,

---

keitsprüfung, S. 140. Die elektrometrische Längenbestimmung der aufzubereitenden Wurzelkanäle ist jedoch keine vertragszahnärztliche Leistung. Eine Berechnung ist nur privat nach der GOZ-Nr. 240 mit dem Patienten möglich, vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, Nr. 2.4, S. 18.

[749] Demgegenüber hatte das Sozialgericht München im Jahr 1971 die Erstellung einer Röntgen-Kontrollaufnahme bei jeder VitE noch für unwirtschaftlich befunden. Kontrollaufnahmen nach Wurzelfüllungen bei VitE seien nur dann angezeigt, wenn die Wurzelfüllung nicht reibungslos verlaufen ist, insbesondere dann, wenn einige Tage nach der Füllung bei den Patienten Beschwerden auftreten, vgl. SG München, Urt. v. 17.03.1971 – S 30 KA 134/70 Z –; vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 283 – 292.

[750] B.III.8. der Behandlungsrichtlinien. Einige Kassenzahnärztliche Vereinigungen fordern 6 Monate nach einer direkten Überkappung eine Sensibilitätsprüfung und/oder eine Röntgenaufnahme, bevor eine Überkronung des Zahnes stattfindet.

[751] *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 213.

- vor und nach kiefer- und gesichtschirurgischen Eingriffen durch den Kieferchirurgen oder Radiologen.[752]

8.4.5. Röntgenaufnahmen bei Zahnersatz

Die **Zahnersatzrichtlinien** sehen Röntgenaufnahmen vor Beginn der prothetischen Arbeit **nur bei Verdacht** auf einen krankhaften Befund vor.[753] Dies stellt allerdings einen Widerspruch zum medizinischen Standard sowie zur hierzu ergangenen Rechtsprechung dar. Danach sollten grundsätzlich **vor** jeder **prothetischen Arbeit** Röntgenaufnahmen angefertigt werden. Diese sind auf dem Erfassungsschein abzurechnen und als solche zu kennzeichnen.[754]

Röntgenaufnahmen für prothetische Behandlungen können **erforderlich** sein:

- bei der Planung von Kronen und Brücken,
- zur Kontrolle des Kronensitzes,
- zur Untersuchung des zu überbrückenden zahnlosen Kieferabschnittes,
- bei der Planung von partiellen und totalen Prothesen.[755]

8.4.6. Röntgenaufnahmen bei Par-Behandlungen

Das Röntgenbild ist auch bei der Diagnose, Behandlung und Prognose **parodontaler Erkrankungen**[756] ein unentbehrliches Hilfsmittel. Mit **Genehmigung** des vertragsgemäßen Parodontalstatus ist der Krankenkasse bekannt und bewusst, dass aufgrund der Richtlinien zur systematischen Par-Behandlung bestimmte diagnostische Behandlungsmaßnahmen, wie z.B. Röntgenleistungen, erbracht werden müssen. Für diese Leistungen entfaltet die Genehmigung der Krankenkasse eine **Bindungswirkung**, so dass die zwingend notwendigen **Begleitleistungen** nicht im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gekürzt werden können.[757] Vielmehr müssen diese Leistungen entsprechend **berücksichtigt** werden. Schließlich würde das Prüfgremium umgekehrt im Falle einer **unwirtschaftlichen Par-Behandlung** die **Rückforderung** des zahnärztlichen Honorars auch nicht nur auf die systematische

---

[752] Vgl. ausführlich zur Röntgendiagnostik bei chirurgischer Behandlung *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 137 ff.

[753] Vgl. C.13.f) der Zahnersatzrichtlinien.

[754] Abr.-Best. Nr. 5 zu BEMA-Nr. Ä 925.

[755] Vgl. ausführlich zur Röntgendiagnostik bei prothetischer Behandlung, *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 135 ff.

[756] Vgl. zur Par-Behandlung auch Kap. 3.9.3, S. 64 ff. und Kap. 8.34, S. 271 ff.

[757] Vgl. hierzu auch Kap. 3.9.4, S. 65 ff.

Par-Behandlung beschränken, sondern zugleich das **Honorar** für die **Anästhesie- und Röntgenleistungen** kürzen. Denn soweit die eigentliche Hauptleistung unwirtschaftlich war, gilt dies auch für die vorbereitenden und begleitenden - lediglich gesondert zu vergütenden - Röntgenleistungen.[758]

8.4.7. Weitere Indikationen

Nach einem **Unfall mit Zahntrauma** soll auf jeden Fall eine Röntgendiagnostik durchgeführt werden, um eine äußerlich nicht sichtbare Wurzelfraktur, eine Ruptur des Zahnnervs oder eine Schädigung des Zahnkeimes im Milch- oder Wechselgebiss sicher diagnostizieren zu können. Jeder auf die Sensibilitätsprobe negativ reagierende Zahn muss röntgenologisch untersucht werden.[759]

Innerhalb einer Sitzung können **mehrere Röntgenaufnahmen** nur abgerechnet werden, wenn mit einer Aufnahme eine ausreichende Diagnose nicht möglich war. Selbstverständlich darf der Grund für die Wiederholung nicht auf einer fehlerhaften Aufnahmetechnik des Zahnarztes beruhen. Der Zahnarzt muss die Notwendigkeit möglicherweise durch Vorlage der Aufnahme beweisen.[760]

8.4.8. Dokumentationspflicht

Röntgenbilder sind ein unverzichtbarer Bestandteil einer **ordnungsgemäßen Dokumentation**. Die Dokumentationspflicht des Zahnarztes ergibt sich bereits aus der Berufsordnung.[761] Die Abrechnung der BEMA-Nrn. Ä 925 bis Ä 935 beinhaltet auch die Beurteilung sowie die obligatorische schriftliche Befunddokumentation.[762]

Fehlen die abgerechneten **Aufnahmen**, wird unter Umständen die gesamte abgerechnete Behandlungsmaßnahme vom Prüfgremium als nicht mehr nachvollziehbar erklärt. In diesem Fall droht nicht nur die Kürzung der Röntgenleistung, sondern beispielsweise auch die **Kürzung** der **gesamten endodontischen Behandlung**.[763]

---

[758] So BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a RKa 4/92 –.

[759] Vgl. ausführlich zur Röntgendiagnostik bei Trauma und Vitalität *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 136.

[760] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 28, Nr. 2.4, S. 18. Anders ist dies, wenn es sich um Röntgenaufnahmen handelt, die auf Grund einer unterschiedlichen klinischen Situation erforderlich waren, z.B. vor und nach einer Wurzelbehandlung.

[761] Vgl. etwa § 6 der Berufsordnung für Zahnärzte in Bad.-Württ.

[762] Allg. Abr.-Best. zu BEMA- Nr. Ä 925.

[763] Soweit Röntgenaufnahmen trotz mehrfacher Aufforderung nicht vorgelegt werden, kann die Abrechnung möglicherweise bereits wegen der insoweit fehlenden Dokumentation berichtigt werden, vgl. SG Kiel, Urt. v. 07.04.2000 – S 13 KA 485/98 -.

Denn bei der Auswertung einer röntgendiagnostischen Befunderhebung handelt es sich um eine Interpretation durch den behandelnden Zahnarzt, die nur anhand der Aufnahme selbst auf ihre Richtigkeit überprüft werden kann.[764] Die Vorlage der Röntgenaufnahmen ist in der Wirtschaftlichkeitsprüfung daher unerlässlich. Das **Risiko**, dass die Röntgenbilder nicht auffindbar sind, geht daher **zu Lasten des Zahnarztes**.[765]

Eine Kürzung der Röntgenleistungen kann auch dann erfolgen, wenn die Aufnahmen **technisch nicht einwandfrei** sind. **Fehlt** beispielsweise die **Apikalregion** des Zahnes auf dem Röntgenbild, so ist die Aufnahme zur Diagnostik nicht verwertbar und somit auch **nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen** abrechenbar.[766]

---

764 *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 134.

765 So wurde im Rahmen einer Einzelfallprüfung die BEMA-Nr. Ä 925a in zwei Fällen gekürzt, da die Aufnahmen nicht vorgelegt wurden, vgl. SG Hannover, Urt. v. 22.05.1985 – S 21 KA 90/83 -.

766 So jedenfalls SG Hannover, Urt. v. 22.05.1985 – S 21 KA 90/83 -.

8.5. BEMA-Nr. Ä 925a (Rö2)

Leistungsbeschreibung:

Röntgendiagnostik der Zähne

a) bis zwei Aufnahmen

Abrechnungsbestimmungen:

Bis zu drei nebeneinander stehende Zähne oder das Gebiet ihrer Wurzelspitzen sind, wenn anatomisch möglich, mit einer Aufnahme zu erfassen.[767]

Bei unterschiedlicher klinischer Situation wird die Leistung in der gleichen Sitzung je Aufnahme nach BEMA-Nr. Ä 925a abgerechnet.[768]

Bissflügelaufnahmen zur Kariesfrüherkennung werden nach BEMA-Nr. Ä 925a oder b abgerechnet und sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen.[769]

8.5.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Eine qualitativ gute und zielstrebige **Wurzelbehandlung** setzt mehrere Rö2 zur Diagnostik, Längenmessung, Kontrolle und Dokumentation voraus.[770] Somit ergibt sich eine direkte Korrelation zwischen der Anzahl der endodontischen Behandlungen und der Rö2 (Wk : Rö2).

Eine direkte Beziehung besteht ferner zwischen der **Anzahl an Füllungen** und an Rö2, insbesondere bei Füllungen mit profunder Karies, sowie im Hinblick auf die Notwendigkeit zur **direkten** oder **indirekten Überkappung.** Ein Zusammenhang besteht auch zur Versorgung mit **Einzelkronen** und **Brücken**.

8.5.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Bei statistisch auffälliger Abrechnung wird geprüft, ob der Zahnarzt im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot **unnötige Einzelaufnahmen** angefertigt hat. Die notwendigen Aufnahmen sollen - soweit anatomisch technisch möglich - **zu einer Röntgenleistung zusammengefasst** werden, um so unwirtschaftliche Rö2-

[767] Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. Ä 925.
[768] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. Ä 925.
[769] Abr.-Best. Nr. 4 zu BEMA-Nr. Ä 925.
[770] Allerdings können zur Längenmessung auch andere endometrische Methoden angewandt werden, vgl. hierzu bereits Kap. 8.4.2, S. 165 ff.

Leistungen einzusparen.[771] Die Erstreckung der Röntgenaufnahmen auf mehrere nebeneinander stehende Zähne ist daher als ein **Gebot der Wirtschaftlichkeit** zu sehen.[772]

8.5.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Radiologische Abrechnungspositionen sind für den Zahnarzt, der sich am gesetzlich geforderten **medizinischen Standard**[773] orientieren will, ein Stolperstein. Denn sofern er diesen medizinischen Standard einhält, kann er im statistischen Vergleich zu seinen Kollegen deshalb leicht auffällig werden, weil insbesondere die „**kleine**“ **Röntgendiagnostik** von den Zahnärzten **zu selten** erbracht wird.

Die Anfertigung einer Röntgenaufnahme kann aus verschiedensten Gründen medizinisch indiziert sein und ist gegebenenfalls aus forensischer Sicht sogar zwingend notwendig.[774] Dies gilt insbesondere vor **Weisheitszahnextraktionen** oder zum Nachweis einer vollständigen **Extraktion**. Je **komplexer** die **notwendige** zahnärztliche **Versorgung** wird, umso umfangreicher ist im Vorfeld die hierfür notwendige Diagnostik und folglich auch die **Röntgendiagnostik**.

Sofern mit einer Röntgendiagnostik nach BEMA–Nr. Ä 925a eine ausreichende Diagnostik möglich ist, kann die Anzahl der **aufwendigeren Röntgenleistungen** (Rö5, Rö8, Stat oder OPG) reduziert und als **kompensatorische Einsparung**[775] geltend gemacht werden. Im Übrigen wird auf die allgemeinen Ausführungen zur Röntgendiagnostik in Kap. 8.4, S. 164 ff. verwiesen.

771 So ging das LSG Hessen angesichts einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um das 3- bis 6-fache bei den Einzelaufnahmen nach BEMA-Nr. Ä 925a von einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung aus, vgl. LSG Hessen, Urt. v. 29.11.1972 – L 7 KA 224/72 –.

772 Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. Ä 925; vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 283 – 292.

773 § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V; vgl. hierzu auch Kap. 2.2.1, S. 18 ff.

774 Vgl. hierzu die allgemeinen Ausführungen zur Röntgendiagnostik in Kap. 8.4, S. 164 ff.

775 Vgl. hierzu Kap. 7.4, S. 151 ff.

8.6. BEMA-Nr. Ä 925b (Rö5)

Leistungsbeschreibung:

Röntgendiagnostik der Zähne

b) bis fünf Aufnahmen

Abrechnungsbestimmungen:

Bis zu drei nebeneinander stehende Zähne oder das Gebiet ihrer Wurzelspitzen sind, wenn anatomisch möglich, mit einer Aufnahme zu erfassen.[776]

Bissflügelaufnahmen zur Kariesfrüherkennung werden nach BEMA-Nr. Ä 925a oder b abgerechnet und sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen.[777]

8.6.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Zwischen der Anzahl an Rö5 und der **Anzahl an Füllungen** besteht eine direkte Korrelation, insbesondere bei Füllungen mit profunder Karies und der Notwendigkeit zur **direkten** oder **indirekten Überkappung**. Ein Zusammenhang besteht auch im Hinblick auf festsitzende **prothetische Versorgungen** kleineren und mittleren Umfangs.

8.6.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Bei statistisch auffälliger Abrechnung wird geprüft, ob der Zahnarzt im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot **unnötige Einzelaufnahmen** angefertigt hat. Sofern bis zu fünf Einzelaufnahmen **zu einer Rö5 zusammengefasst** werden können, sind Einsparungen der Rö2-Leistungen möglich, die in diesem Fall unter Umständen unwirtschaftlich wären.[778]

8.6.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Die Anfertigung einer Röntgenaufnahme kann aus verschiedensten Gründen medizinisch indiziert sein und ist gegebenenfalls aus forensischer Sicht sogar zwin-

---

[776] Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. Ä 925.

[777] Abr.-Best. Nr. 4 zu BEMA-Nr. Ä 925.

[778] Vgl. zur Parallelabrechnung von BEMA-Nr. Ä 925b und Nr. Ä 935d SG Hannover, Urt. v. 25.11.1981 – S 21 KA 166/80 –.

gend notwendig.[779] Dies gilt insbesondere vor **Weisheitszahnextraktionen** oder zum Nachweis einer vollständigen **Extraktion**. Je **komplexer** die **notwendige** zahnärztliche **Versorgung** wird, umso umfangreicher ist im Übrigen die hierfür notwendige Diagnostik und folglich auch die **Röntgendiagnostik**.

Die Rö5 wird von etwa **einem Drittel** aller Zahnärzte **nicht** erbracht. Zur Gewährleistung einer gerechten Beurteilung der Behandlungsweise des geprüften Zahnarztes sollte daher die Statistik um diese so genannten „Null-Abrechner" bereinigt werden.

Sofern mit der Abrechnung einer Rö5 eine ausreichende Diagnostik möglich ist, kann die Anzahl der **aufwendigeren Röntgenleistungen** (Rö8, Stat oder OPG) reduziert und als **kompensatorische Einsparung**[780] geltend gemacht werden. Im Übrigen wird auf die allgemeinen Ausführungen zur Röntgendiagnostik in Kap. 8.4, S. 164 ff. verwiesen.

---

[779] Vgl. hierzu die allgemeinen Ausführungen zur Röntgendiagnostik in Kap. 8.4, S. 164 ff.
[780] Vgl. hierzu Kap. 7.4, S. 151 ff.

8.7. BEMA-Nr. Ä 925c (Rö8)

Leistungsbeschreibung:

Röntgendiagnostik der Zähne

c) bis acht Aufnahmen

Abrechnungsbestimmungen:

Bis zu drei nebeneinander stehende Zähne oder das Gebiet ihrer Wurzelspitzen sind, wenn anatomisch möglich, mit einer Aufnahme zu erfassen.[781]

8.7.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl an Rö8 und häufiger **Füllungstherapie**, insbesondere mit profunder Karies, sowie der Notwendigkeit zur **direkten** oder **indirekten Überkappung**. Eine Korrelation besteht auch zwischen der Anzahl an Rö8 und der Anzahl an festsitzender **prothetischer Versorgung** mittleren und größeren Umfangs. Ein Zusammenhang besteht schließlich zu den **Par-Behandlungen**.

8.7.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Bei statistisch auffälliger Abrechnung wird geprüft, ob der Zahnarzt im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot **unnötige Einzelaufnahmen** angefertigt hat.

Bei **festgestellter Unwirtschaftlichkeit** einer **Par-Behandlung** wird das Prüfgremium die Rückforderung des zahnärztlichen Honorars nicht nur auf die systematische Par-Behandlung beschränken, sondern möglicherweise auch das Honorar für die **Röntgenleistungen kürzen**. Denn soweit die eigentliche Hauptleistung unwirtschaftlich war, gilt dies auch für die vorbereitenden und begleitenden - lediglich gesondert zu vergütenden - Röntgenleistungen.[782]

---

781 Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. Ä 925.

782 Vgl. BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a RKa 4/92 –.

8.7.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Die Anfertigung einer Röntgenaufnahme kann aus verschiedensten Gründen medizinisch indiziert sein und ist gegebenenfalls aus forensischer Sicht sogar zwingend notwendig.[783] Dies gilt insbesondere vor **Weisheitszahnextraktionen** oder zum Nachweis einer vollständigen **Extraktion**. Je **komplexer** die **notwendige** zahnärztliche **Versorgung** wird, umso umfangreicher ist im Übrigen die hierfür notwendige Diagnostik und folglich auch die **Röntgendiagnostik**.

Die Rö8 wird von etwa **zwei Drittel** aller Zahnärzte **nicht** erbracht. Zur Gewährleistung einer gerechten Beurteilung der Behandlungsweise des geprüften Zahnarztes sollte daher die Statistik um diese so genannten „Null-Abrechner" bereinigt werden.

Sofern bis zu acht Aufnahmen **zu einer Rö8 zusammengefasst werden**, können dadurch Einsparungen bei den Rö2- und Rö5-Leistungen möglich sein. Angesichts der mit einer Röntgenaufnahme verbundenen Strahlenbelastung kann - je nach Indikation - eine Rö8 oder ein OPG daher die medizinisch sinnvollere und wirtschaftlichere Röntgendiagnostik sein. Sofern mit der Abrechnung einer Rö8 eine ausreichende Diagnostik möglich ist, kann die Anzahl der **aufwendigeren Röntgenleistungen** (wie Stat oder OPG) reduziert und als **kompensatorische Einsparung**[784] geltend gemacht werden. Im Übrigen wird auf die allgemeinen Ausführungen zur Röntgendiagnostik in Kap. 8.4, S. 164 ff. verwiesen.

---

783 Vgl. hierzu die allgemeinen Ausführungen zur Röntgendiagnostik in Kap. 8.4, S. 164 ff.
784 Vgl. hierzu Kap. 7.4, S. 151 ff.

8.8. BEMA-Nr. Ä 925d (Stat)

Leistungsbeschreibung:

Röntgendiagnostik der Zähne

d) Status bei mehr als acht Aufnahmen

Abrechnungsbestimmungen:

Bis zu drei nebeneinander stehende Zähne oder das Gebiet ihrer Wurzelspitzen sind, wenn anatomisch möglich, mit einer Aufnahme zu erfassen.[785]

Die Darstellung beider Kiefer durch ein Orthopantomogramm (OPG) schließt die gleichzeitige Anfertigung eines RÖ-Status nach BEMA-Nr. Ä 925d aus.[786]

8.8.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Zwischen der Anzahl an BEMA-Nr. Ä 925d und der **Anzahl der Füllungen** besteht eine direkte Korrelation, insbesondere bei Füllungen mit profunder Karies und der Notwendigkeit zur **direkten** oder **indirekten Überkappung**. Ein Zusammenhang besteht auch im Hinblick auf festsitzende **prothetische Versorgungen** mittleren und größeren Umfangs. Ferner besteht ein statistischer Zusammenhang zwischen der BEMA-Nr. Ä 925d und der Anzahl an **Par-Behandlungen**.

8.8.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Bei statistisch auffälliger Abrechnung von Röntgenleistungen wird geprüft, ob der Zahnarzt wirtschaftlich **unnötig Einzelaufnahmen** angefertigt hat. Es sollen also – soweit anatomisch technisch möglich - alle notwendigen Aufnahmen **zu einem Status** zusammengefasst werden, um hierdurch entbehrliche Rö2- und Rö5-Leistungen einzusparen.

8.8.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Die Anfertigung einer Röntgenaufnahme kann aus verschiedensten Gründen medizinisch indiziert sein und ist gegebenenfalls aus forensischer Sicht sogar zwin-

---

785 Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. Ä 925.
786 Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. Ä 925.

gend notwendig.[787] Dies gilt insbesondere vor **Weisheitszahnextraktionen** oder zum Nachweis einer vollständigen **Extraktion**. Je **komplexer** die **notwendige** zahnärztliche **Versorgung** wird, umso umfangreicher ist im Übrigen die hierfür notwendige Diagnostik und folglich auch die **Röntgendiagnostik**.

Der Stat wird von etwa **zwei Drittel** aller Zahnärzte **nicht** erbracht. Zur Gewährleistung einer gerechten Beurteilung der Behandlungsweise des geprüften Zahnarztes sollte daher die Statistik um diese so genannten „Null-Abrechner" bereinigt werden.

Stat und **OPG**[788] sind inzwischen in **qualitativer** und **quantitativer** Hinsicht als **gleichwertig** anzusehen. Es hängt daher von der konkreten Indikation ab, welche Methode im jeweiligen Einzellfall besser geeignet ist. Somit können also Stat zu Gunsten eines OPG **eingespart** werden und umgekehrt.[789] Im Übrigen wird auf die allgemeinen Ausführungen zur Röntgendiagnostik in Kap. 8.4, S. 164 ff. verwiesen.

---

787 Vgl. hierzu die allgemeinen Ausführungen zur Röntgendiagnostik in Kap. 8.4, S. 164 ff.
788 Vgl. hierzu das nachfolgende Kap. 8.9, S. 178 ff.
789 Vgl. hierzu Kap. 7.4, S. 151 ff.

8.9. BEMA-Nr. Ä 935d (OPG)

Leistungsbeschreibung:

Orthopantomogramm sowie Panorama-Aufnahmen oder Halbseiten-Aufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers

Abrechnungsbestimmungen:

Die Darstellung beider Kiefer durch ein Orthopantomogramm schließt die gleichzeitige Anfertigung eines RÖ-Status nach BEMA-Nr. Ä 925d aus.[790]

8.9.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Es besteht eine direkte Korrelation zwischen der Anzahl an **OPG** und der Anzahl an **Füllungen**, insbesondere mit profunder Karies und der Notwendigkeit zur **direkten** oder **indirekten Überkappung**. Ein Zusammenhang besteht auch zur Anzahl an **prothetischen Versorgungen** größeren Umfangs und der Anzahl an **Par-Behandlungen**.

8.9.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Auch bei der Anfertigung eines OPG ist angesichts der hiermit verbundenen Strahlung eine entsprechende Indikation erforderlich. Die **routinemäßige Anfertigung** eines OPG **zur Erstbefundung** oder in bestimmten zeitlichen Abständen ohne konkrete Indikation kann folglich als **unwirtschaftlich** kritisiert werden.[791]

Für die Anfertigung eines Orthopantomogramms wird daher typischerweise in jedem Behandlungsfall eine **medizinische Indikation** verlangt. **Einzelaufnahmen neben** einer **Panorama-Aufnahme** sind grundsätzlich unwirtschaftlich.[792] **Ausnahmen** von diesem Grundsatz sind jedoch **denkbar**, wobei der Zahnarzt die jeweilige Notwendigkeit der Indikation darlegen muss.

---

[790] Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. Ä 925.

[791] A.A. *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 144 ff., der das Orthopantomogramm als Basis jeder Erstuntersuchung in allen Altersgruppen ansieht.

[792] Vgl. SG Hannover, Urt. v. 22.05.1985 – S 21 KA 90/83 -. A.A. *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 231; vgl. zur Parallelabrechnung von BEMA-Nr. Ä 925b und Nr. Ä 935d auch SG Hannover, Urt. v. 25.11.1981 – S 21 KA 166/80 –.

8.9.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Die Panorama-Aufnahme wurde bisher in den Wirtschaftlichkeitsprüfungen meist nur unter finanziellen Aspekten betrachtet, da sie zu der am höchsten bewerteten Röntgenleistung gehört. Allerdings sind bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit dieser Leistung auch **qualitätssichernde Gesichtspunkte** sowie die Aussagen der zahnmedizinischen Wissenschaft zu berücksichtigen: So führt das OPG zu einer **geringeren Strahlenbelastung** und erzielt **bei annähernd gleichem Kostenaufwand** einen **größeren Informationswert** als die Anfertigung eines Rö-Status nach BEMA-Nr. Ä 925d.

Liegt also eine Panorama-Aufnahme vor, sind **nur noch gezielte Aufnahmen** notwendig, so dass es sich bei dieser Vorgehensweise durchaus um ein S**trahlen- und Kosten sparendes Verfahren** handeln kann.[793] Das Argument der geringeren Strahlenbelastung ist vor allem bei der **Behandlung von Kindern** wichtig.[794]

Für die **Par-Diagnostik** ist ein Einzelbildstatus nicht mehr ausdrücklich vorgeschrieben. Mit einem OPG kann daher bei richtiger Positionierung eine gute Übersichtsaufnahme der Parodontalerkrankung gewonnen werden, so dass auf den traditionellen Parodontalstatus zugunsten einer besseren Übersicht meist verzichtet werden kann.[795]

Nach der **Punktabwertung des OPG** durch den BEMA-Z vom 01.01.2004 werden die Vorzüge dieses Verfahrens leichter darstellbar und auch im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitkeitsgebot leichter zu begründen sein.

8.9.3.1. Indikation einer Panorama-Aufnahme

Die Erstellung eines OPG ist in zahlreichen Behandlungsfällen **indiziert**, so beispielsweise bei folgenden Behandlungen:

- Erstuntersuchung neuer Patienten aller Altersgruppen,
- Frühdiagnose von Fehlentwicklungen der Zahnleiste,
- Abklärung der Ursache bei fehlenden Zähnen,
- röntgenologische Beurteilung devitaler Zähne,
- Verdacht auf odontogene Kieferhöhlenerkrankungen,
- durch Malokklusion verursachte Kiefergelenkbeschwerden,
- Asymmetrien des Gesichts und der Kiefer,
- vor und nach Durchführung operativer Eingriffe,

---

[793] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 144.
[794] So auch B.II.3. der Behandlungsrichtlinien.
[795] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 141.

- druckdolente und schmerzhafte sowie asymptomatische Schwellungen,
- schlecht heilende Extraktionswunden und Verdacht auf Osteomyelitis,
- Untersuchung von nonodontogenen Zysten, Tumoren und tumorähnlichen Läsionen,
- Verdacht auf intraossäres oder invasives Wachstum von Tumoren bzw. Verdacht auf Metastasen,
- Parästhesien des N. mandibularis,
- Untersuchung von Systemerkrankungen und Syndromen,
- Kiefer-Gesichtsfrakturen und Frakturverdacht nach Unfällen.[796]

8.9.3.2. Weitere Einwendungen

Nur etwa 50 % aller Vertragszahnärzte besitzen ein OPG-Gerät, weshalb darauf zu achten ist, dass in der Statistik nur diejenigen Zahnärzte berücksichtigt sind, die über eine solche Diagnostikmöglichkeit verfügen. Zur Gewährleistung einer gerechten Beurteilung der Behandlungsweise des geprüften Zahnarztes sollte daher die Statistik um diese so genannten „Null-Abrechner" bereinigt werden.

Kompensatorische Einsparungen sind durch den Einsatz eines OPG hinsichtlich des Rö-Status und Rö8 möglich.[797]

---

[796] So jedenfalls *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 229; vgl. auch *Oehler*, Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 233 ff. mit weiteren Literatur- und Rechtsprechungsnachweisen.

[797] Vgl. hierzu auch Kap. 7.4, S. 151 ff.

8.10. BEMA-Nr. 8 (ViPr)

Leistungsbeschreibung:

Sensibilitätsprüfung[798] der Zähne oder eines einzelnen Zahnes

Abrechnungsbestimmungen:

Die Sensibilitätsprüfung ist je Sitzung abrechnungsfähig. Auch bei der Prüfung mehrerer Zähne ist die BEMA-Nr. 8 je Sitzung nur einmal berechenbar.[799]

Für die Sensibilitätsprüfung wurden keine gesonderten Abrechnungsbestimmungen vereinbart.

8.10.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Sensibilitätsprüfungen und **Röntgenaufnahmen** sind sich ergänzende diagnostische Hilfsmittel, die getrennt oder in vielen Fällen auch nebeneinander angewandt werden müssen.[800] So kann auf Grund eines unklaren Röntgenbefundes eine Sensibilitätsprüfung zur endgültigen Diagnostik erforderlich sein.

Da bei Maßnahmen zur Vitalerhaltung der Zähne der Behandlungserfolg dokumentiert werden muss, wird die Sensibilitätsprüfung häufig im Zusammenhang mit einer **direkten** oder **indirekten Überkappung** sowie einer **endodontischen Behandlung** durchgeführt.

Bei der Planung von **Brücken** und **Kronen** kommt der Sensibilitätsprüfung besondere Bedeutung zu. Nach den neuen ZE-Richtlinien sind „zu überkronende Zähne auf ihre Sensibilität zu überprüfen“.[801] Daher besteht auch ein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl an Überkronungen und der dazu notwendigen Sensibilitätsprüfungen.

8.10.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die Sensibilitätsprüfung (BEMA-Nr. 8) ist eine **schwer kontrollierbare**, leicht vermehrbare Leistung, die zum Zeitpunkt der Prüfung nicht mehr nachprüfbar ist. Da sie nicht zwingend auf einer medizinischen Notwendigkeit beruhen muss, wird

---

798 Vor dem 01.01.2004 „Vitalitätsprüfung“, daher auch die Abkürzung „ViPr“.
799 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 8, S. 6, Nr. 2.1.
800 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 8, S. 6, Nr. 1.4.
801 C.13.c.) der Zahnersatzrichtlinien.

sie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Umständen besonders kritisch begutachtet. Eine überdurchschnittlich häufige Abrechnung dieser Position könnte eine ungerechtfertigte und damit unwirtschaftliche Leistungsausweitung bedeuten, denn Inhalt und Umfang der diagnostischen Maßnahmen sind **in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken**.[802]

Eine **generelle Sensibilitätsprüfung** vor jeder direkten oder indirekten Überkappung nach BEMA-Nr. 25 oder Nr. 26 gehört nur dann zur kassenzahnärztlichen Versorgung, wenn eine Diagnose anderenfalls unmöglich ist.[803] Die Sensibilitätsprüfung sollte daher **nur in Zweifelsfällen** zur Sicherung der Diagnose angewandt werden. Die **generelle Durchführung** einer Sensibilitätsprüfung wird hingegen als wenig sinnvoll und daher als **unwirtschaftlich** angesehen.[804]

Bei einer rationellen und wirtschaftlichen Behandlungsweise soll die notwendige Prüfung möglichst **aller Zähne in einer Sitzung** - im Idealfall in Verbindung mit der BEMA-Nr. 01 - vorgenommen werden. Werden die notwendigen Sensibilitätsprüfungen mehrerer Zähne ohne triftigen Grund auf verschiedene Sitzungen verteilt, kann dies den Vorwurf einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise nach sich ziehen.

8.10.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.10.3.1. Indikationen

Die Sensibilitätsprüfung stellt im Rahmen der Befunderhebung ein sinnvolles und wirtschaftliches **diagnostisches Hilfsmittel** dar, da sie dem Zahnarzt wichtige Informationen über die Behandlungsnotwendigkeit oder die Erhaltungswürdigkeit eines Zahnes gibt, die er auf anderem Wege nicht erhalten kann.[805] Die Klärung der Vitalität eines Zahnes ist somit **Voraussetzung** für die **Wahl der richtigen Therapie** und die **Verlaufskontrolle**, besonders bei tief zerstörten Zähnen.

Die Sensibilitätsprüfung kann mittels einer elektrischen Prüfmethode, eines Kälte- oder Wärmetests durchgeführt werden und auch **mehrfach** in kurzfristigen zeitlichen Abständen erforderlich sein:[806] So muss beispielsweise bei **Maßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa** der Behandlungserfolg überprüft werden.[807] Es ist deshalb eine wissenschaftliche Forderung, **im Anschluss an die Behandlung** nach einem angemessenen Zeitraum ein- oder erforderlichenfalls mehrmals die

---

802 So B.I.1. der Behandlungsrichtlinien.
803 So jedenfalls *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 293 – 296.
804 So LSG Bayern, Urt. v. 29.09.1971 – L 1 KA 27/70 –.
805 Vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 8, S. 6, Nr. 1.4.
806 Vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 8, S. 6, Nr. 2.1.
807 Vgl. B.III.8. Behandlungsrichtlinien.

Vitalität der Pulpa erneut **zu überprüfen**.[808] Ein mit einer indirekten Überkappung versorgter Zahn sollte nach etwa einem Jahr auf die Vitalität seiner Pulpa und damit auf den Behandlungserfolg überprüft werden.[809]

Auch **vor** einer **prothetischen Versorgung** ist es wirtschaftlich und notwendig, eine Sensibilitätsprüfung **zu wiederholen**, da die bereits durchgeführte ViPr keine Prognose erlaubt, ob der geprüfte Zahn für einen bestimmten Zeitraum auch vital bleibt.[810] Zähne, die als Pfeiler für Kronen, Brücken oder Prothesen Verwendung finden sollen, sind daher heute **zwingend** zuvor auf ihre Sensibilität zu überprüfen.[811]

8.10.3.2. Weitere Einwendungen

Manche Kassenzahnärztliche Vereinigungen verlangen 6 Monate nach einer **direkten Überkappung** zwingend eine Sensibilitätsprüfung und/oder eine röntgenologische Überprüfung des Zahnes, bevor die endgültige Überkronung erfolgt.[812]

Bei einer **Pulpotomie** nach BEMA-Nr. 27 (Pulp)[813] wird für die erneute Überprüfung der Vitalität ein Zeitraum von 1 bis 2 Jahren angegeben.[814]

Hohe Fallzahlen bei der **prothetischen Versorgung** sowie umfangreiche systematische **Par-Behandlungen** können zu einer überdurchschnittlichen Abrechnung der BEMA-Nr. 8 führen. Liegt somit der **Schwerpunkt** in einem besonderen Teilgebiet, kann dies als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden.[815]

Für die Sensibilitätsprüfung gibt es **keine Alternativposition**, die kompensatorisch eingespart werden könnte.

---

808 So genannte Langzeitüberprüfung, vgl. hierzu *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 8, S. 5, Nr. 1.
809 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 25, S. 6, Nr. 1.1.
810 SG Hannover, Urt. v. 22.05.1985 – S 21 KA 90/83 –. Das Sozialgericht hielt die im Rahmen einer Einzelfallprüfung durchgeführten Kürzungen der ViPr für rechtswidrig.
811 So die zum 01.01.2004 geänderten Zahnersatzrichtlinien, vgl. C.13.c).
812 Vgl. *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 47.
813 „Vitalamputation".
814 *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 240.
815 BSG, Urt. v. 22.05.1984 – 6 RKa 21/82 –; LSG Bad.-Württ., Urt. v. 22.01.1986 – L 1 KA 2896/84 -.

8.11. BEMA-Nr. 10 (üZ)

Leistungsbeschreibung:

Behandlung überempfindlicher Zähne

- für jede Sitzung

Abrechnungsbestimmungen:

Prophylaktische Maßnahmen sind nicht nach BEMA-Nr. 10 abrechenbar.[816]

8.11.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Freiliegende Zahnhälse können besonders nach **Par-Behandlungen** auftreten, so dass insoweit ein zahlenmäßiger Zusammenhang besteht. Auch nach **Einschleifmaßnahmen** ist gehäuft mit überempfindlichen Zahnflächen zu rechnen. Ebenso können **Prothesenklammern** einen schädigenden Einfluss ausüben. Bei **jeglicher Form der Präparation** besteht die Möglichkeit einer dauerhaften Überempfindlichkeit, deren gezielte Behandlung sich zahlenmäßig in der Statistik bemerkbar machen kann.

8.11.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die Behandlung überempfindlicher Zahnflächen (BEMA-Nr. 10) ist eine **schwer kontrollierbare**, leicht vermehrbare Leistung, die zum Zeitpunkt der Prüfung nicht mehr nachprüfbar ist. Da sie nicht zwingend auf einer medizinischen Notwendigkeit beruhen muss, wird sie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Umständen besonders kritisch begutachtet.

Das **Touchieren** und **Imprägnieren präparierter Zahnstümpfe** gehört zum Leistungsinhalt der Präparation und ist **nicht** nach BEMA-Nr. 10 abrechenbar.[817]

Auch die **Versorgung einer Dentin-Wunde** unmittelbar nach der Präparation von Kronen oder Brückenankern ist mit der jeweiligen Gebühr für die Krone etc. selbst abgegolten. Die BEMA-Nr. 10 kann in diesen Fällen nicht zusätzlich abgerechnet werden, da es sich hierbei nicht um die Behandlung einer Überempfindlichkeit handelt.[818]

---

[816] Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 10.
[817] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 10, S. 3.
[818] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 10, S. 6, Nr. 2.1.

Prophylaktische Maßnahmen zur Kariesverhütung (z.B. Pinselung mit Natriumfluorid) sind keine Leistungen im Sinne dieser Leistungsposition.[819] Daher wird eine besonders prophylaktische Behandlungsstrategie **nicht** als **Praxisbesonderheit** akzeptiert werden.[820]

Die **Heilinjektion** kann seit 01.01.2004 nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.[821]

Für die Behandlung überempfindlicher Zahnflächen sieht der BEMA-Z **keine Einschränkung** hinsichtlich der **Anzahl der Sitzungen** vor. Doch auch bei der Erbringung dieser Leistung ist der **Grundsatz der Wirtschaftlichkeit** zu beachten. **Innerhalb einer Sitzung** sind - soweit möglich - alle vorhandenen überempfindlichen Zahnflächen zu behandeln.[822] Daher ist es u**nwirtschaftlich**, in der ersten Sitzung entsprechende Zahnflächen **in einem Kiefer** und in der nächsten Sitzung **im anderen Kiefer** zu behandeln. Ebenfalls **unwirtschaftlich** ist die Trennung der **Behandlung nach Seiten**, um aus diesem Grund die BEMA-Nr. 10 mehrfach abrechnen zu können.[823]

Unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit kann es auch geboten sein, den Patienten nach Verordnung entsprechender Medikamente zur **häuslichen Eigenbehandlung** anzuhalten.[824] Das alleinige Ausstellen einer Verordnung über ein Medikament zur Selbstbehandlung überempfindlicher Zahnflächen berechtigt jedoch nicht zur Abrechnung der BEMA-Nr. 10.[825]

Ferner ist bei der Abrechnung der BEMA-Nr. 10 an die ordnungsgemäße **Dokumentation** zu denken.[826]

---

819 Vgl. Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 10. Im Rahmen des Individualprophylaxeprogramms erfolgt die Abrechnung solcher Leistungen nach BEMA-Nr. IP 4.

820 Vgl. LSG Bayern, Urt. v. 20.09.2000 – L 12 KA 511/99 -. Der Prüfungsausschuss hatte den Zahnarzt auf eine unzutreffende Abrechnung hingewiesen, da lediglich die *Behandlung eines krankhaften Zustandes* mit solchen Mitteln als therapeutische Maßnahme abrechnungsfähig ist.

821 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 10, S. 6, Nr. 2.1.

822 Vgl. LSG Bayern, Urt. v. 20.09.2000 – L 12 KA 511/99 -.

823 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 10, S. 5, Nr. 2.1.

824 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 10, S. 6, Nr. 2.1.

825 In einem solchen Fall kann möglicherweise die BEMA-Nr. Ä1 abgerechnet werden.

826 So bestätigte früher das Sozialgericht Hannover die im Rahmen einer Einzelfallprüfung vom Beschwerdeausschuss vorgenommenen Berichtigungen, da die Karteikarte keine Lageangabe bezüglich der abgerechneten Nr. 10 enthielt, vgl. SG Hannover, Urt. v. 22.05.1985 – S 21 KA 90/83 –. Später bewertete das SG Hannover hingegen die Unwirtschaftlichkeit nicht mehr ausschließlich auf Basis eventuell fehlender Dokumentationen. Zwar verletze der Zahnarzt in diesen Fällen seine Dokumentationspflicht. Da jedoch nicht auszuschließen sei, dass die abgerechnete, aber nicht ordnungsgemäß dokumentierte Leistung dennoch wirtschaftlich war, könne das Prüfgremium den Nachweis der unwirtschaftlichen Behandlungsweise nicht allein auf eine eventuelle

8.11.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Die Entstehung überempfindlicher Zahnflächen kann verschiedene **Ursachen** haben, so zum Beispiel:

- Abrasion der Kauflächen durch Kauen oder Parafunktionen,
- Überempfindlichkeit am Übergang vom Zahnschmelz zum Wurzelzement (überempfindliche Zahnhälse),
- falsche Zahnpflege, z.B. durch schlechte Bürsten,
- nach Präparation von Füllungen, Einlagefüllungen, Kronen, Brücken und Prothesenankern,
- Schädigung durch Prothesenklammern,
- nach Par-Behandlungen (frei liegende Zahnhälse),
- im Anschluss an Einschleifmaßnahmen nach BEMA-Nr. 107 bzw. Nr. 108.[827]

Auch eine - **durch** die **Präparation** entstandene - **dauerhafte Überempfindlichkeit** rechtfertigt die Abrechnung der Behandlungsmaßnahme. Entscheidend ist nicht, wie die Überempfindlichkeit entstanden ist, sondern allein, ob sie einer zusätzlichen Behandlung bedarf.[828] Bei **wiederholter Behandlung** derselben Zahnflächen kann für diese zweite Sitzung die BEMA-Nr. 10 erneut abgerechnet werden.[829]

Die nicht ordnungsgemäße Behandlung überempfindlicher Zähne kann zu irreversiblen Schäden der Nerven führen und eine aufwendigere Folgeversorgung erforderlich machen. Wird durch eine erfolgreiche Behandlung der überempfindlichen Zähne eine **irreversible Schädigung der Nerven verhindert**, können hierdurch unter Umständen **endodontische Maßnahmen eingespart** werden.

Verletzung der Dokumentationspflicht stützen, vgl. SG Hannover, Urt. v. 24.02.1988 – S 21 KA 346/83 –; vgl. zur Dokumentationspflicht auch Kap. 6.9.2, S. 134 ff.

[827] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 10, S. 5, Nr. 1.

[828] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 10, S. 6, Nr. 2.1.

[829] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 10, Nr. 2.1, S. 5 u. S. 6.

8.12. BEMA-Nr 12 (bMF)

Leistungsbeschreibung:

Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen
(Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Pappillenblutung)

- je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Abrechnungsbestimmungen:

Die BEMA-Nr. 12 (bMF) ist für das Separieren von Zähnen bei kieferorthopädischen Behandlungen und Anlegen von Spanngummi bei Fissurenversiegelung abrechenbar.[830]

Die Abrechnung der bMF ist im Zusammenhang mit den BEMA-Nr. 18, 20 und 91 für das Verdrängen des Zahnfleisches zum Zwecke der Abformung nicht möglich, wohl aber zum Erkennen von unter sich gehenden Stellen sowie zur Darstellung der Präparationsgrenze.[831] Dagegen sind alle Maßnahmen zur Beseitigung störenden Zahnfleisches, insbesondere das Durchtrennen von Zahnfleischfasern, nach der BEMA-Nr. 49 abzurechnen.[832]

8.12.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Es besteht grundsätzlich ein direkter Zusammenhang zwischen den Leistungen nach BEMA-Nr. 12 (bMF) und der jeweiligen **Füllungstätigkeit** des Zahnarztes.[833] Kofferdam kann auch bei der **Fissurenversiegelung** angewandt werden, so dass durch diese Behandlungsweise die BEMA–Nr. 12 häufiger abgerechnet werden kann.[834] Außerdem besteht eine „statistische" Relation zwischen der BEMA-Nr. 12 und der **direkten** und **indirekten Überkappung** (BEMA-Nr. 25 und Nr. 26).[835] Ferner wird die bMF auch für die **Kronen-Präparation** benötigt, so dass zwischen diesen Leistungen ebenfalls ein Zusammenhang besteht.

In Verbindung mit Zahnersatz und Zahnkronen muss die **Nebeneinanderberechnung** von **bMF** und **Exz1** indes eine seltene und begründete **Ausnahme** sein.

[830] Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. 12.
[831] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 12.
[832] Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. 49; vgl. auch *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 12, S. 6, Nr. 1.2.
[833] Vgl. SG Dresden, Urt. v. 03.12.2003 – S 11 KA 5001/03 Z -; SG Mainz, Urt. v. 23.06.1999 – S 1 KA 410/97 –; vgl. ebenso *Raddatz* (I), WKR 6.5 - S. 27.
[834] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 12, S. 9, Nr. 2.1.4.
[835] Zur Relation zwischen BEMA-Nr. 12 und Nr. 25 vgl. LSG NRW, Urt. v. 12.10.1994 – L 11 KA 111/93 –.

8.12.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die BEMA-Nr. 12 ist eine **schwer kontrollierbare**, leicht vermehrbare Leistung, die zum Zeitpunkt der Prüfung nicht mehr nachprüfbar ist. Da sie nicht zwingend auf einer medizinischen Notwendigkeit beruhen muss, wird sie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Umständen besonders kritisch begutachtet. Denn eine überdurchschnittlich häufige Abrechnung dieser Position könnte eine ungerechtfertigte und damit unwirtschaftliche Leistungsausweitung bedeuten.

8.12.2.1. Verhältnis der Füllungen zur BEMA-Nr.12

Die Prüfgremien setzen bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der BEMA-Nr. 12 üblicherweise die Anzahl der Füllungen ins Verhältnis zur Anzahl der abgerechneten BEMA-Nr. 12.[836] Eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Füllungen bedingt daher auch eine entsprechend höhere Anzahl der BEMA-Nr. 12.[837]

Das Verhältnis zu den Füllungen liegt im Durchschnitt bei einer bMF zu vier Füllungen (1 : 4). Bislang wurden von den Prüfgremien etwa **30 bMF** auf **100 Füllungen** akzeptiert.[838] **Nebeneinander liegende Füllungen** sollten möglichst **in einer Sitzung** geplant werden, da somit ein wirtschaftlicher Einsatz der bMF möglich ist. Eine andere Vorgehensweise ist **unwirtschaftlich**, **wenn nicht besondere Gründe** gegen die Behandlung in einer Sitzung sprechen.[839]

---

[836] SG Dresden, Urt. v. 03.12.2003 – S 11 KA 5001/03 Z -; a.A. SG Frankfurt, Urt. v. 10.09.2003 - S 27 KA 508/03 -, wonach es kein hierfür zwingendes Erfordernis gebe.

[837] Die Prüfungseinrichtungen hielten in einem Falle hohe Durchschnittsüberschreitungen bei der BEMA-Nr. 12 durch eine relative hohe Anzahl an mehrflächigen Füllungen für gerechtfertigt, die im Approximalraum gelegt worden waren. Das Sozialgericht hingegen hob die ablehnenden Bescheide auf und verpflichtete die Prüfgremien, eine entsprechende Kürzung vorzunehmen. Da die Zahl der mehrflächigen Füllungen als solche die Überschreitungswerte bei der Bema-Nr.12 nicht erklären konnten, kam es darauf an, ob das Ausmaß der Füllungen im Approximalraum aus dem Rahmen fiel. Das SG Hannover stellte jedoch nicht fest, dass mehr als 90 % der mehrflächigen Füllungen den Approximalraum berühren, so dass die überhöhte Abrechnung der BEMA-Nr. 12 durch besonders viele Füllungen im Approxialraum nicht zu erklären waren, vgl. SG Hannover, Urt. v. 28.03.1979 – S 21 KA 6/77 –.

[838] Ein Zahnarzt hatte die BEMA-Nr. 12 demgegenüber bei fast jeder zweiten Füllung im Seitenzahnbereich zur Abrechnung gebracht. Das LSG Bayern sah darin die wesentliche Ursache für die hohe Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts und beurteilte dies als einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, vgl. Urt. v. 16.07.1980 – L 12 KA 34/78 –.

[839] Zur Unwirtschaftlichkeit bei wiederholter bMF-Abrechnung an derselben Kavität vgl. *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 299 – 300; vgl. auch SG München, Urt. v. 24.10.1969 – S 31 KA 20/69 Z –.

Bei häufiger Abrechnung der BEMA-Nr. 12 wird stillschweigend ein Arbeitsaufwand vorausgesetzt, welcher in der Größenordnung des Anlegens von Kofferdam besteht. Kann der geprüfte Zahnarzt bei den abgerechneten bMF ausschließlich auf die Stillung einer Papillenblutung verweisen und ist dies nicht in den Behandlungsunterlagen dokumentiert, werden diese Leistungen je nach Überschreitung möglicherweise als unwirtschaftlich kritisiert.

Die Abrechnung der BEMA-Nr. 12 im **Zusammenhang** mit **privatärztlichen** oder **anderen außervertraglichen Leistungen** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist ausgeschlossen.

8.12.2.2. Indikation zur absoluten Trockenlegung

Die Indikation zur „absoluten Trockenlegung" ist im **Einzelfall** zu stellen. Sofern eine so genannte „**absolute Trockenlegung**" zur Erzielung der Keimfreiheit indiziert ist, kann dies mit dem **Anlegen von Kofferdam** erreicht werden.[840]

Das absolute Trockenlegen mittels Kofferdam wird nicht zwingend als **Praxisbesonderheit** anerkannt, da es sich lediglich um eine **besondere Behandlungsweise** handelt.[841] Das Vorliegen einer Praxisbesonderheit setzt dagegen voraus, dass sich die Patientenstruktur in einer Weise von der Patientenstruktur der Vergleichsgruppe unterscheidet, dass insbesondere Leistungen der BEMA-Nr. 12 häufiger notwendig sind.[842] Zu beachten ist auch, dass nicht immer eine absolute Trockenlegung mit Kofferdam erforderlich ist. Es kann **auch** eine **relative Trockenlegung ausreichend** sein.[843]

Den **Einwand**, **allein** die **Arbeit mit Kofferdam** entspreche dem **zahnmedizinischen Standard** und führe insgesamt zu Einsparungen, was von der Vergleichsgruppe nicht hinreichend beachtet werde, lässt jedenfalls das Sozialgericht Frankfurt nicht gelten. Dies bedeute, dass der Zahnarzt angeblich gründlicher und zahnmedizinisch fundierter arbeite als die Kollegen. Für eine solche **fachliche Zurücksetzung** der Fachgruppe bestehe jedoch **keine Veranlassung**.[844]

---

[840] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 12, S. 6, Nr. 1.3.

[841] SG Frankfurt, Urt. v. 10.09.2003 - S 27 KA 508/03 -; LSG Bayern, Urt. v. 20.06.1990 – L 12 KA 513/89 –.

[842] SG Frankfurt, Urt. v. 10.09.2003 - S 27 KA 508/03 -.

[843] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 51.

[844] SG Frankfurt, Urt. v. 10.09.2003 - S 27 KA 508/03 -; vgl. auch LSG Bayern, Urt. v. 20.09.2000 – L 12 KA 511/99 -; BSG, Urt. v. 18.05.1983 – 6 RKa 18/80 -.

8.12.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.12.3.1. Kofferdam zur keimfreien Behandlung

In vielen Fällen ist die **bMF** notwendige **Voraussetzung** für eine **qualitativ hochwertige Erbringung** anderer Leistungen.

Zahnärzte, die viel mit Kofferdam arbeiten, haben meist geringere Probleme bei der Rechtfertigung der bMF. Durch das **Anlegen von Kofferdam** wird ein absolut trockenes, gegen Speichelfluss und Atemfeuchtigkeit geschütztes Behandlungsfeld erreicht, wobei die **Indikation** zur „**absoluten Trockenlegung**" im jeweiligen **Einzelfall** zu stellen ist.

Eine **häufige Indikation** für das Anlegen von Spanngummi stellen Wurzelbehandlungen dar. **Endodontische Maßnahmen** - wie z.B. die Vitalexstirpation, die Trepanation, das Aufbereiten der Wurzelkanäle, medikamentöse Einlagen und Wurzelkanalfüllungen - sollten unter möglichst keimfreien Bedingungen erfolgen, wozu eine Trockenlegung des zu behandelnden Zahnes nötig ist. Das Anlegen von Kofferdam ist hierfür ein geeignetes Verfahren.[845] In der endodontischen Behandlung wird heute die Anwendung von **Kofferdam allgemein empfohlen**.[846]

Ferner ist es bei einer **direkten Überkappung** das **oberste Gebot** zahnärztlicher Behandlung, das **Eindringen von Keimen** aus der Mundhöhle in die Pulpa (z.B. durch Speichel) **zu verhindern**, da nur dann die Überkappung erfolgreich sein kann. Diese notwendige Keimfreiheit kann ebenfalls durch die Anwendung von Kofferdam sichergestellt werden.[847]

8.12.3.2. Füllungen

Um eine **Füllung lege artis** zu legen, müssen die Ränder der Kavität frei von Zahnfleisch sein.[848] Bei **mehrflächigen Füllungen** ist folglich ebenfalls mit einem erhöhten Anteil von Leistungen nach BEMA-Nr. 12 zu rechnen.[849]

Da heute besonders im Frontzahnbereich Kunststoffe das übliche Füllungsmaterial darstellen, wird hier die **absolute Trockenlegung** gefordert, weshalb eine Frontzahnfüllung stets die Abrechnung der BEMA-Nr. 12 für das Anlegen von Kofferdam rechtfertigt.[850]

---

845 *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 272.
846 Vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 31, S. 5, Nr. 1.1.
847 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 26, S. 5, Nr. 1.
848 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 12, S. 5, Nr. 1.2.
849 Vgl. SG Hannover, Urt. v. 28.03.1979 – S 21 KA 6/77 –.
850 So *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 259.

Erbringt der Zahnarzt überdurchschnittlich viele Füllungen nach **BEMA-Nrn. 13e – 13g**, ist die BEMA-Nr. 12 ebenfalls abrechenbar, da auch bei **Verwendung der Säure-Ätz-Technik** eine vollständige Trockenlegung des zu füllenden Zahnes gefordert wird.[851] Diese absolute Trockenheit ist in vielen Fällen nur mit Hilfe von Kofferdam möglich.

8.12.3.3. Weitere Indikationen

Bei **Fissurenversiegelungen** kann das Anlegen von Spanngummi ebenfalls nach BEMA-Nr. 12 abgerechnet werden.[852] Schließlich sind besondere Maßnahmen nach BEMA-Nr. 12 auch in Verbindung mit der **Kronen-Präparation** erforderlich. Ferner sind **weitere Einzelfälle** denkbar, in denen die Abrechnung der BEMA-Nr. 12 notwendig und wirtschaftlich ist. So sollten beispielsweise Zahnhart-Substanzpräparationen und Kariesentfernungen bei **abwehrgeschwächten Patienten** unter Kofferdam-Anlegung erfolgen, damit diese Patienten möglichst wenig keim-besiedelte Aerosol inhalieren.[853]

8.12.3.4. Weitere Einwendungen

Aus der **Dokumentation** muss zwar die zugrunde liegende Maßnahme erkenntlich sein, die zur Abrechnung der BEMA-Nr. 12 geführt hat.[854] Da jedoch nicht auszuschließen ist, dass die abgerechnete, aber nicht ordnungsgemäß dokumentierte Leistung dennoch wirtschaftlich war, kann das Prüfgremium den Nachweis der unwirtschaftlichen Behandlungsweise nicht allein auf eine eventuelle Verletzung der Dokumentationspflicht stützen.[855]

Im direkten Zusammenhang gibt es keine Leistungen, die durch Erbringung einer bMF kompensatorisch eingespart werden könnten. Wird jedoch durch den Einsatz von Kofferdam eine **hohe Qualität der Füllungen** erreicht, so dürfte sich dies auf deren Lebensdauer positiv auswirken. Daher können langfristig **Kosten für Wiederholungsfüllungen** bzw. **für Zahnersatz** kompensatorisch **eingespart** werden.

---

[851] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 12, S. 10, Nr. 2.1.5; ebenso *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 50.

[852] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 12, S. 9, Nr. 2.1.4.

[853] So *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 50. Solche besonderen Fälle müssen jedoch vom Zahnarzt dargelegt und anhand der Dokumentation nachgewiesen werden.

[854] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 12, S. 8, Nr. 2.1.

[855] Vgl. SG Hannover, Urt. v. 24.02.1988 – S 21 KA 346/83 –. Im Gegensatz zu der nun vertretenen Auffassung hatte das SG Hannover zuvor den Unwirtschaftlichkeitsbeweis allein durch die Verletzung der Dokumentationspflicht als erbracht angesehen, vgl. SG Hannover, Urt. v. 22.05.1985 – S 21 KA 90/83 –.

8.13. BEMA-Nrn. 13a - 13d (F1 - F4)

Leistungsbeschreibung:

Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren

a) einflächig	F1
b) zweiflächig	F2
c) dreiflächig	F3
d) mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	F4

Abrechnungsbestimmungen:

Mit der BEMA-Nr. 13a und Nr. 13b ist das praxisübliche Füllungsmaterial sowie gegebenenfalls die Ätztechnik und die Lichtaushärtung abgegolten.[856]

Eine Aufbaufüllung ist nach Nr. 13a oder 13b abzurechnen.[857]

Neben der BEMA-Nr. 13a, 13b kann die BEMA-Nr. 16 nicht berechnet werden.[858]

8.13.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Zwischen der **Füllungstätigkeit** des Zahnarztes und der **BEMA-Nr. 12** (bMF) besteht ein **Zusammenhang**. Besonders bei lang bestehenden Praxen mit einem entsprechenden Stammklientel werden weniger Quadranten- oder Sextantensanierungen notwendig sein als bei neu gegründeten Praxen. So werden bei „alteingesessenen" Praxen meist nur einzelne Füllungen je Quadrant gelegt. Dadurch wird das Verhältnis der bMF zu Füllungen bei diesen Praxen größer sein.[859]

„**Kleine**" **Füllungen** treten besonders häufig im Zusammenhang mit **Zahnersatz** auf, da Aufbaufüllungen nur als F1ZE und F2ZE abgerechnet werden können.[860] Die F2ZE kommt dabei überproportional häufig zum Ansatz, da sie auch für jede zwei- und mehr als zweiflächige Aufbaufüllung berechnet wird.

Größere Defekte sind sehr häufig auch eine profunde Karies. Es werden in diesen Fällen öfter **Cp-Behandlungen** und **P-Behandlungen** sowie **Anästhesieleistun-**

---

856 Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. 13.
857 Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. 13.
858 Abr.-Best. Nr. 4 zu BEMA-Nr. 13.
859 *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 61.
860 Vgl. auch Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. 13.

gen, **Sensibilitätsprüfungen** und **endodontische Behandlungen** notwendig sein. Auch **Röntgenaufnahmen** können zur endgültigen Diagnostik erforderlich sein.

8.13.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist auch bei der Abrechnung von Füllungen zu beachten. Das Bundessozialgericht billigt insoweit ausdrücklich den Vergleich mit der Fachgruppe im Rahmen der statistischen Vergleichsprüfung.[861]

Weist die Statistik hinsichtlich der abgerechneten Füllungen über einen **längeren Zeitraum** Überschreitungen im **offensichtlichen Missverhältnis** auf, ist die Berufung auf eine angeblich besonders gründliche Gebisssanierung nicht relevant. Denn jedenfalls nach einiger Zeit muss sich eine Annäherung an den Durchschnittswert einstellen (sog. **Sanierungseffekt**).[862]

8.13.2.1. Einhaltung der Behandlungsrichtlinien

Die **Erhaltung der Zahnsubstanz** hat generell **Vorrang** vor der Versorgung mit Zahnkronen.[863] Die **konservierende Behandlung der Zähne** soll so erfolgen, dass:

- die Kavitäten unter Beachtung der Substanzschonung präpariert werden,
- die Karies vollständig entfernt wird,
- notwendige Maßnahmen zum Pulpenschutz durchgeführt werden,
- die Füllungsoberflächen geglättet werden.[864]

Allerdings sind die **Grenzen** der möglichen konservierenden Versorgung **zu berücksichtigen**. Unter Umständen ist in Einzelfällen die rechtzeitige Überkronung auf Dauer wirtschaftlicher als eine Versorgung mit mehreren großflächigen Füllungen sowie gegebenenfalls deren Wiederholungen.[865] **Unwirtschaftlich** kann eine Behandlungsweise folglich dann sein, wenn ein nicht erhaltungswürdiger

---

[861] Vgl. BSG, Urt. v. 02.06.1987 – 6 RKa 23/86 –; ebenso SG Dresden, Urt. v. 03.12.2003 – S 11 KA 5001/03 Z -; vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 301 ff. m.w.N.

[862] *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 302; vgl. auch SG München, Urt. v. 01.08.1973 – S 29 KA 115/72 Z – und LSG Rhl.-Pf., Urt. v. 23.11.2000 – L 5 KA 90/98 –.

[863] Vgl. B.III.2 der Behandlungsrichtlinien.

[864] B.II.3. der Behandlungsrichtlinien.

[865] A.A. *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 262. Seiner Ansicht nach ist die Zahnerhaltung stets wirtschaftlicher als Zahnersatz.

oder nicht erhaltungsfähiger Zahn gefüllt wird.[866] Somit kann auch eine zu weitgehende Indikationsstellung den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit begründen.[867]

8.13.2.2. Mehrfachfüllungen / Wiederholungsfüllungen

Unwirtschaftlich können ferner sein:

- **Mehrfachfüllungen** in größerer Anzahl (zwei oder mehrere F1 anstelle einer F2 oder F3) oder
- **Wiederholungsfüllungen** (wiederholt gelegte und abgerechnete Füllungen an derselben Stelle des Zahnes).[868]

Wiederholungsfüllungen können **nicht abgerechnet** werden, wenn sie wegen einer **mangelhaften Leistung** erforderlich wurden. Denn eine Füllung, deren Wiederholung durch mangelhafte Sorgfalt verursacht wurde, gilt als unzweckmäßig[869] nach den Regeln der ärztlichen Kunst und ist damit als unwirtschaftlich anzusehen.[870] Gleiches gilt für die Qualität des Füllmaterials. Hierbei sollen **nur anerkannte** und **erprobte plastische Füllungsmaterialien** gemäß ihrer medizinischen Indikation verwendet werden.[871]

Das **Polieren der Füllung** gehört unmittelbar zur Füllungstätigkeit und ist mit Abrechnung der BEMA-Nr. 13 **bereits abgegolten**.[872] Das **Rekonturieren** sowie die **Nachpolitur** im eigentlichen Sinn ist **keine Vertragsleistung**, obwohl dies durchaus medizinisch notwendig und wirtschaftlich sein kann. Diese Leistung kann nur nach BEMA-Nr. 106 abgerechnet werden.[873]

8.13.2.3. Amalgamfüllungen / Komposit-Füllungen

Amalgam ist aufgrund seiner guten Materialeigenschaften auch heute noch ein verbreitetes Füllungsmaterial bei Kavitäten im Seitenzahnbereich, da gerade in diesem Bereich durch den starken Kaudruck eine hohe mechanische Beanspru-

---

866 Diese Behandlungsweise verbieten bereits die Behandlungsrichtlinien in B.II.10.
867 Vgl. LSG Bayern, Urt. v. 28.04.1976 – L 14 KA 17/73 Z –; vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 301.
868 *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 264 ff.
869 Vgl. hierzu Kap. 2.2.1, S. 18 ff.
870 *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 264.
871 B.II.4. der Behandlungsrichtlinien, ausführlich zu den Grundregeln für die Herstellung einer Kavität: *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 11 ff., Nr. 1.1.
872 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 8.
873 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 28, Nr. 1.7 m.w.N.

chung herrscht.[874] Im **Seitenzahnbereich** sind daher **Komposit-Füllungen** anstelle von Amalgam-Füllungen nach den BEMA-Nrn. 13e, f und g nur dann abrechenbar, wenn sie **entsprechend der Adhäsivtechnik** erbracht wurden und eine **Amalgam-Füllung absolut kontraindiziert** ist.[875] Dies ist der Fall, wenn der **Nachweis einer Allergie** auf Amalgam bzw. dessen Bestandteile erbracht wurde[876] oder wenn bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz neue Füllungen gelegt werden müssen.[877] Nur in diesen Ausnahmefällen gehören **Kunststoff-Füllungen** im Seitenzahnbereich zur **vertragszahnärztlichen Versorgung**. Ferner sollen bei **Schwangeren** möglichst keine Amalgamfüllungen gelegt oder entfernt werden.[878]

Wünscht ein Patient, bei dem **keine** entsprechende **Allergie nachgewiesen** werden konnte, den **Austausch intakter Amalgamfüllungen**, so ist diese Leistung nicht von der vertragzahnärztlichen Versorgung umfasst und kann daher nicht nach BEMA-Nr. 13 abgerechnet werden.[879] Die Krankenkassen dürfen für diese **außervertragliche Leistung** keine Kosten übernehmen, vielmehr müssen diese Behandlungskosten dem **Patienten privat in Rechnung** gestellt werden. Denn Maßnahmen, die lediglich **kosmetischen Zwecken** dienen, gehören **nicht** zur vertragszahnärztlichen Versorgung.[880]

Der erweiterte Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen geht derzeit davon aus, dass die nach den **BEMA-Nrn. 13e, f und g** abrechenbaren **Komposit-Füllungen** im Seitenzahnbereich bei **1 % der Gesamtzahl** der Füllungen liegen.[881] Das Verhältnis der BEMA-Nrn. 13a-d zu den BEMA-Nrn. 13e-g ist bei vielen KZVen aus der Statistik zu entnehmen.

---

874 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 15, Nr. 1.3.1.

875 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 34, Nr. 2.1.3.

876 Grundlage sind die Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie.

877 Nr. 4 der Protokollnotiz zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen vom 17.04.1996 zu BEMA-Nr. 13; vgl. zur Diskussion um die Toxizität von Amalgam: *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 15 ff., Nr. 1.3.1.1.

878 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 18, Nr. 1.3.1.1; S. 25, Nr. 1.3.3.4 m.w.N. zu Kontraindikationen der Amalgamfüllung. Die dortige Aufzählung der genannten Patientengruppen ist jedoch wissenschaftlich umstritten.

879 So BSG, Urt. v. 06.10.1999 - B 1 KR 13/97 R -.

880 A.3. der Behandlungsrichtlinien.

881 Nr. 1 der Protokollnotiz zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses für zahnärztliche Leistungen vom 17.04.1996 zu BEMA-Nr. 13.

8.13.2.4. Aufbaufüllungen

Aufbaufüllungen sind nicht als F3 und F4 nach BEMA-Nrn. 13c – 13d abrechenbar. Auch die Abrechnung einer **drei- oder mehr als dreiflächigen Aufbaufüllung** kann nur nach **BEMA-Nr. 13b** erfolgen.[882]

Wird eine Füllung nach BEMA-Nr. 13c oder d gelegt und ergibt sich **erst nach Abschluss der Füllung die Notwendigkeit zur Überkronung** des Zahnes, weil beispielsweise innerhalb relativ kurzer Zeit der Zahn weiter ausbricht, kann in solchen **Ausnahmefällen** die Füllung abgerechnet und anschließend die Versorgung mit einer Krone durchgeführt werden.[883] **Anders** ist dies zu beurteilen, wenn der Zahnarzt **bei bereits bestehender ZE-Planung** den Zahn **zunächst** im Sinne einer konservierenden Therapie **mit Füllungen nach Nr. 13c** versorgt und anschließend für den Zahnersatz präpariert. Ergibt sich aus den Behandlungsunterlagen des Zahnarztes, dass diese Vorgehensweise die Regel ist, so ist von einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise auszugehen.

Ebenso stellt die Verwendung eines zur endgültigen Versorgung **ungeeigneten Füllungsmaterials** ein unwirtschaftliches Vorgehen dar. Wird beispielsweise im Hinblick auf eine spätere Versorgung mit Zahnersatz bereits bei der Füllungslegung Aufbaufüllmaterial verwendet, welches als definitives Füllungsmaterial ungeeignet ist, kann die Leistung nicht als BEMA-Nr. 13c oder BEMA-Nr. 13d abgerechnet werden. In diesen Fällen dürfen die Leistungen **lediglich** auf der Grundlage von **Aufbaufüllungen** berechnet werden.[884]

8.13.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.13.3.1. Konservierende Tätigkeit nach den Behandlungsrichtlinien

Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung soll jeder **erhaltungsfähige und erhaltungswürdige** Zahn erhalten werden. Jeder kariöse Defekt an einem solchen Zahn soll behandelt werden.[885] Insbesondere **Milchzähne** sollen durch eine konservierende Behandlung erhalten werden, so dass die **Kaufähigkeit** des kindlichen Gebisses **bewahrt** und eine

---

882 Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. 13.

883 Vgl. ausführlich zu Füllungen unter Kronen: *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 32 ff., Nr. 2.1.2.

884 Vgl. SG Dresden, Urt. v. 03.12.2003 – S 11 KA 5001/03 Z -. In diesem Fall bestätigte das Sozialgericht die vom Beschwerdeausschuss vorgenommene Umwandlung der abgerechneten BEMA-Nr. 13c in Nr. 13a oder Nr. 13b.

885 B.II.2. der Behandlungsrichtlinien.

Fehlentwicklung des bleibenden Gebisses **vermieden** wird.[886] Die **einflächige Füllung**, auch als initiale Kavität, kommt **im jugendlichen Alter** gehäuft vor.

Ziele einer **Füllungstherapie** sind also:

- Verhinderung des Fortschreitens der Karies, d.h. Schutz und Erhaltung der lebendigen Pulpa des erkrankten Zahnes,
- Wiederherstellung der ursprünglichen Form und Funktionstüchtigkeit des kariösen Zahnes unter Erhalt der okklusalen Verhältnisse,
- Wiederherstellung eines Zustandes, der dem Patienten eine gute Mundhygiene ermöglicht, d.h. also Vorbeugung einer erneuten Karieserkrankung,
- Wiederherstellung der ursprünglichen Farbe und Opazität.[887]

Wiederholungsfüllungen können **innerhalb von zwei Jahren** in folgenden Fällen zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden:[888]

- Milchzahnfüllungen,
- Zahnhalsfüllungen,
- mehr als dreiflächige Füllungen,
- Eckaufbauten im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekanten,
- Fälle, in denen besondere Umstände (z.B. Vorerkrankungen) vorliegen.[889]

8.13.3.2. Heutiger medizinischer Standard

Früher wurde die Ansicht vertreten, dass mehrere auf einer Zahnfläche befindliche kariöse Defekte nach Möglichkeit zu einer Füllung vereinigt werden sollen.[890] Das Prinzip „**Extention for prevention**" (die Ausdehnung einer Kavität zur Verhütung eines Kariesrezidivs) ist **heute** jedoch **nicht mehr** das Maß aller Dinge. Aufgrund moderner Präparations- und Füllmethoden sowie neuer Füllmaterialien können **je Fläche auch mehrere einflächige Füllungen** präpariert und berechnet

---

[886] B.II.11. der Behandlungsrichtlinien.

[887] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 11, Nr. 1.1.

[888] Dies sind Ausnahmen zur sonst geltenden zweijährigen Gewährleistungspflicht gem. § 136 b Abs. 2 S. 3 bis 5 SGB V.

[889] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 55.

[890] So nahm das LSG Rhl.-Pf. vor 30 Jahren noch eine unwirtschaftliche Behandlungsweise an, weil der geprüfte Zahnarzt mehrere kleine kariöse Defekte auf einer Zahnfläche nicht zusammengezogen hat, vgl. LSG Rhl.-Pf., Urt. v. 30.01.1976 - L 6 KA 11/75 –.

werden.[891] Daher ist ein **Anstieg von einflächigen Füllungen** zu verzeichnen, der auch einher geht mit dem Prinzip einer präventiven Zahnmedizin. Dies widerspricht grundsätzlich nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot.[892]

Bei **doppelseitigen Approximaldefekten** an einem Zahn können auch zwei **zweiflächige** Füllungen notwendig sein, um die gesunde Zahnsubstanz nicht unnötigerweise durch Präparation zu zerstören.[893] Dies kann sogar medizinisch sinnvoll sein, da es bei substanzschonender Präparation möglich ist, die Schmelzleiste zu erhalten.

Zwei-, drei- und mehrflächige Füllungen ergeben sich in der Regel aus der Größe des kariösen Defektes eines Zahnes. **Approximalraumdefekte** im Front- oder Seitenzahnbereich sind bei geschlossener Zahnreihe häufig nur dann zu versorgen, wenn sie bei Frontzähnen von der labialen oder oralen Seite, bei Seitenzähnen von der Okklusalfläche eröffnet werden. Aus diesem Umstand resultiert bei Approximalraumkaries in einer geschlossenen Zahnreihe häufig eine zwei- oder dreiflächige Füllung.

Bei tief kariösen Zähnen muss **nach** einer **P-** oder **Cp-Behandlung** ein **dauerhaft bakteriendichter Verschluss** gelegt werden. Dies ist nur durch eine **Aufbaufüllung** (F1ZE oder F2ZE) oder eine **definitive Füllung** zu erreichen.[894] Eine provisorische Füllung ist dafür nicht ausreichend.

8.13.3.3. Spannungsfeld zwischen Zahnerhaltung und Prothetik

Zur **Sanierung größerer kariöser Defekte** stehen grundsätzlich **zwei unterschiedliche Behandlungsalternativen** zur Verfügung: Die eine Behandlungsmethode orientiert sich an der weitgehenden Erhaltung der eigenen Zahnsubstanz durch **großflächige Füllungen**. Die andere Behandlungsmethode versorgt die kariösen Zähne mit Hilfe von **Einzelkronen**. Beide Therapieformen sind heute

---

[891] So auch *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 13, Nr. 1.1.

[892] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 30, Nr. 2.1.1; *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 61.

[893] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 86.

[894] A.A. *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 74 ff.: Zur Vermeidung höherer Kosten sei es günstiger, zunächst den bakteriendichten dauerhaften Verschluss mit einer Füllung zu erreichen und dann die klinische Reaktionslosigkeit abzuwarten. Hinsichtlich der Füllungen könne infolge der zeitlichen Vorgaben in manchen KZV-Bereichen nach einer Cp- oder P-Behandlung die Situation eintreten, dass auf die *definitive Füllung* nach Cp- oder P-Behandlung in kurzem Zeitraum *später* eine *Aufbaufüllung* folgte, was ebenfalls nicht als unwirtschaftlich angesehen werden könne. Die durch die Zahnersatzrichtlinien vorgegebenen Maßnahmen (definitive Füllung, ViPr, evtl. Rö2) dürften durch die Prüfgremien daher nicht als unwirtschaftlich angesehen werden.

gleichberechtigte Möglichkeiten zur Versorgung großer Läsionen, wobei aus **Kostengründen** die **Füllungstherapie** zu bevorzugen ist, so dass Kosten für Zahnersatz in großem Maße eingespart werden können. Sofern ein Zahn also durch Füllungen zu erhalten ist, scheidet eine Überkronung zu Lasten der Krankenkasse aus.[895]

Moderne Füllungsmaterialien (beispielsweise Komposit) machen es im Zusammenhang mit **neuen Techniken**, wie der Säure-Ätz-Technik, der Dentinadhäsivtechnik und der Anwendung von parapulpären Schraubstiften heute möglich, auch durch Karies oder traumatische Einwirkung verloren gegangene Schneidekanten wieder aufzubauen. So kann ein Zahn durch eine Füllung erhalten werden, der anderenfalls überkront oder durch eine Gussfüllung versorgt werden müsste. Es kann heute sogar beim Fehlen der gesamten Inzisalkante auf eine Überkronung verzichtet werden.[896]

Zum Ausgleich des erhöhten Aufwandes für diese Füllungsart wurde mit der **BEMA-Umstrukturierung** zum 01.01.1986 die ursprünglich nur dem Eckaufbau im Frontzahnbereich vorbehaltene BEMA-Nr. 13d auf die mehr als dreiflächige Füllung im **Seitenzahnbereich ausgedehnt**.[897] Durch die Höherbewertung der mehrflächigen Füllungen und den Füllungszuschlag sollten insoweit auch entsprechende **Anreize zur konservierenden Behandlung** kariöser Zähne durch Füllungen geschaffen werden.[898]

8.13.3.4. Praxisbesonderheiten

Die **Karies** und damit die Notwendigkeit zur Füllungstherapie ist in Deutschland **unter der Bevölkerung nicht gleichmäßig verteilt**. So sind 60 bis 70 % der kariösen Läsionen lediglich bei 20 bis 30 % der Bevölkerung nachweisbar.[899] Karies ist also auch bedingt durch das soziale und familiäre Umfeld der Patienten, weshalb je nach Lage einer Praxis aus diesem Grund eine statistische Auffälligkeit vorliegen kann, die als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden sollte.

Eine **gründliche Beseitigung der Karies** bereits im **Frühstadium** kann möglicherweise ebenfalls als **Praxisbesonderheit** anerkannt werden.[900]

---

895 Vgl. *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 263.
896 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 31, Nr. 2.1.1.
897 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 13, S. 31, Nr. 2.1.1.
898 Vgl. auch *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 263.
899 *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 56 ff.
900 So hat z.B. das SG Hannover eine intensive Kariesbehandlung als Praxisbesonderheit anerkannt. In dieser Entscheidung hatte der geprüfte Zahnarzt im Verhältnis zu den zwei- und mehrflächigen Füllungen einen ungewöhnlich hohen Anteil an einflächigen Füllungen abgerechnet, was seinen Schwerpunkt im Bereich der konservierenden Tätigkeit bestätigte, vgl. SG Hannover, Urt. v. 09.04.1975 – S 10 KA 17/72 –.

Der **erhöhte Anteil** von **Aussiedlern / Ausländern** wurde demgegenüber **nicht** als **Praxisbesonderheit** anerkannt. Es besteht nach Auffassung des Bundessozialgerichts kein Erfahrungssatz, wonach bei dieser Patientengruppe generell ein erhöhter zahnmedizinischer Behandlungsbedarf gegeben ist.[901] Dies kann **ausnahmsweise** nur dann der Fall sein, wenn bei einer Vielzahl der ausländischen Patienten eine **besondere Erkrankung** mit hohem Behandlungsaufwand vorliegt.[902] Diese Besonderheit muss der Zahnarzt dem Prüfgremium jedoch konkret darlegen.

8.13.3.5. Kompensatorische Einsparungen

Durch eine **frühzeitige Füllungstherapie** können möglicherweise **Pulpenbehandlungen** sowie **Extraktionen** mit prothetischer Folgeversorgung **vermieden** werden. Kompensatorische Einsparungen im Füllungsbereich können auch dadurch entstehen, dass bestimmte **Füllungsgrößen** unterdurchschnittlich, andere Füllungsgrößen demgegenüber überdurchschnittlich abgerechnet worden sind.[903] So kann etwa eine erhöhte Anzahl an Überkronungen zu einer Verschiebung des Verhältnisses von großen zu kleinen Füllungen (F1ZE / F2ZE) führen. Bei einem höheren Zahnersatzaufkommen (mit den entsprechenden Aufbaufüllungen) können so **großflächige Füllungen** (BEMA-Nr. 13c und Nr. 13d) kompensatorisch **eingespart** werden.

---

901 BSG, Urt. v. 10.05.1995 – 6 RKa 2/94 –. Das LSG Nordrhein-Westfalen hatte zuvor aufgrund eines erhöhten Ausländeranteils die überhöhte Füllungstätigkeit als wirtschaftlich angesehen, vgl. LSG NRW, Urt. v. 12.10.1994 – L 11 KA 111/93 –. Allerdings scheint ein schlechterer Gebisszustand bei Aussiedlern und Ausländern aus manchen Ländern und ein entsprechend erhöhter Behandlungsbedarf nicht völlig abwegig.

902 Vgl. SG Mainz, Urt. v. 13.09.2000 – S 1 KA 230/99 –.

903 Vgl. LSG NRW, Urt. v. 23.03.1994 – L 11 KA 71/93 –; vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 6.5 - S. 26.

8.14. BEMA-Nr. 16 (St)

Leistungsbeschreibung:

Stiftverankerung einer Füllung (zusätzlich zu den Nrn. 13c, d)

- je Zahn, einschl. Materialkosten

Abrechnungsbestimmungen:

Die BEMA-Nr. 16 kann nur neben Leistungen nach BEMA-Nrn. 13c, d und g abgerechnet werden.[904]

In Verbindung mit ein- und zweiflächigen Füllungen (BEMA-Nrn. 13a, b, e und f) ist nur die Abrechnung der entstandenen Materialselbstkosten möglich.[905]

Für die Stiftverankerung einer Füllung wurden keine gesonderten Abrechnungsbestimmungen vereinbart.

8.14.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Da die BEMA-Nr. 16 nur in Verbindung mit der **F3** und **F4** abgerechnet werden kann, stehen diese Leistungen in einer direkten Relation zueinander.

8.14.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

In der Literatur wird der **Einsatz parapulpärer Stifte** neuerdings zunehmend **zurückhaltender** beschrieben; insbesondere der Einsatz in Verbindung mit Kunststoff-Füllungen wird kritisch diskutiert. Eine Einschränkung der Indikation zur Stiftverankerung der Füllung ist insbesondere deshalb möglich geworden, weil durch die Entwicklung der **Dentinadhäsivtechnik** für Füllungen und Aufbaufüllungen eine gute und risikoarme **Alternative** besteht.[906]

Mit der BEMA-Nr. 16 sind die **Materialkosten** auch dann **abgegolten**, wenn gegebenenfalls mehrere Stifte für eine Verankerung benötigt werden.[907] Allerdings ist es dem Zahnarzt nicht zuzumuten, die Materialkosten aus eigener Tasche zu zahlen, wenn diese höher sind, als die gesamte Gebühr beträgt. In solch seltenen

---

[904] Zur Abrechenbarkeit der BEMA-Nr. 16 im Rahmen der BEMA-Nr. 13g vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 16, S. 6, Nr. 2.2 m.w.Anm.

[905] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 16, S. 7, Nr. 2.4 m.w.Anm.

[906] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 16, S. 5, Nr. 1 m.w.N.

[907] Kritisch zu dieser Leistungsbeschränkung vgl. *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 64.

Fällen kann an Stelle der BEMA-Nr. 16 die Abrechnung der tatsächlichen Materialkosten vorgenommen werden.[908]

8.14.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Laut Leistungslegende muss die Stiftverankerung einer Füllung **nicht zwingend parapulpär** sein. So können in seltenen Fällen bei devitalen (zahnmarktoten) Zähnen Stifte auch intrakanalikulär, d.h. in den ehemals von Zahnmark ausgefüllten Zahninnenraum zur Verankerung einer Füllung eingeschraubt oder einzementiert werden. **Aufbaufüllungen** (vor prothetischer Überkronung) müssen in bestimmten Fällen mit parapulpären Schrauben oder Stiften verankert werden, umso eher, je mehr Füllungsflächen zu rekonstruieren sind.[909]

Parapulpäre Stifte werden nur von etwa **zwei Drittel** aller Zahnärzte gesetzt. Zur Gewährleistung einer gerechten Beurteilung der Behandlungsweise des geprüften Zahnarztes sollte daher die Statistik um diese so genannten „Null-Abrechner“ bereinigt werden.

Es gibt zwar **keine Abrechnungsposition**, die unmittelbar durch eine Stiftverankerung eingespart werden könnte. Unter Umständen ist es jedoch möglich, eine besonders **hohe Lebensdauer** dieser Füllungen nachzuweisen, z.B. durch sehr **seltene Füllungswiederholungen**. Durch diese Vorgehensweise können möglicherweise auch **Kronen kompensatorisch einspart** werden. Diese Behandlungsweise könnte wiederum mit der **sozialen Struktur des Patientenklientels** zusammenhängen, die den Zahnarzt zur Kostenreduktion für den Patienten zwingt.

[908] Allerdings entfällt dann das Honorar. Dieser völlig unbefriedigende Zustand wurde auch bei der Neugestaltung des BEMA zum 01.01.2004 nicht behoben, vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 16, S. 6, Nr. 2.3.

[909] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 16, S. 5, Nr. 1 m.w.N.

8.15. BEMA-Nr. 23 (EKr)

Leistungsbeschreibung:

Entfernung einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges

- je Trennstelle

Abrechnungsbestimmungen:

Bei Entfernen einer Brücke ist die BEMA-Nr. 23 (EKr) entsprechend der Anzahl der entfernten Kronen abrechnungsfähig.[910]

8.15.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Die EKr ist entweder in Verbindung mit der **Teilentfernung** einer vorhandenen **prothetischen Versorgung** oder als Voraussetzung für die **Neuanfertigung** von Zahnersatz abrechenbar. Bei häufiger Notwendigkeit zur Neuversorgung kann es somit zu einer direkten Korrelation zwischen der Anzahl der Überkronungen und der EKr kommen.

8.15.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die **Entfernung** von **Einlagefüllungen** (GOZ-Nr. 229) ist nach dem BEMA-Z **nicht** abrechnungsfähig.[911] Gleiches gilt für die Entfernung von **Aufbaufüllungen**. Die BEMA-Nr. 23 kann auch nicht für das Abnehmen einer provisorischen Brücke abgerechnet werden.[912]

Bei **nicht indiziertem Zahnersatz** war im Zweifel auch die Entfernung der Krone nicht notwendig.[913]

---

[910] Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 23.
[911] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 23, S. 5, Nr. 1 m.w.Anm. zur Begriffsbestimmung und Indikation der BEMA-Nr. 23.
[912] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 23, S. 3 u. S. 7, Nr. 2.3.
[913] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 65.

8.15.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.15.3.1. Extraktion und Kronenentfernung

Ein **überkronter Zahn** kann in der Regel zwar **samt Krone** ohne zusätzliche Maßnahmen **entfernt** werden. Wird für denselben Zahn eine Extraktion und zusätzlich die BEMA-Nr. 23 berechnet, ist anhand einer entsprechenden Dokumentation der Diagnose und des Behandlungsverlaufs nachzuweisen, dass sich die **Notwendigkeit** einer **Extraktion** erst **nach** der **Entfernung** eines Stiftes oder einer Krone ergeben hat bzw. dass eine **andere Ausnahmesituation** gegeben war. So kann die vorherige Kronenentfernung beispielsweise bei **schwierigen anatomischen Verhältnissen** vor einer (schwierigen) Extraktion oder einer Osteotomie erforderlich sein. **Gleiches** gilt für die **Brückendurchtrennung** und die **Wurzelstiftentfernung**.[914]

8.15.3.2. Vorherige Genehmigung durch die Krankenkassen

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränkt sich auf Bereiche, in denen Leistungen erbracht wurden, welche die Krankenkasse nicht bereits vor der Behandlung ausdrücklich genehmigt hat.[915] Denn die Krankenkasse verzichtet aufgrund der **Genehmigung des Heil- und Kostenplanes** auf eine nachträgliche Beurteilung der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der geplanten Behandlung.[916] Wird bei der Beantragung im Befundschema auf dem Heil- und Kostenplan die zu ersetzende Krone als solche gekennzeichnet, ist die **Abrechnung der EKr** somit durch die Krankenkasse **bereits im Voraus genehmigt**.[917] Da die Anfertigung von Zahnersatz dem Wirtschaftlichkeitsgebot unterliegt, wird im Rahmen der Genehmigung des Heil- und Kostenplanes auch geprüft, ob die Entfernung einer schon vorhandenen Krone dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht.

Sofern in der Praxis weniger Zahnersatz erbracht wird, kann dies eine vermehrte Abrechnung an konservierenden Leistungen **kompensieren**.[918]

---

[914] Vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 23, S. 6, Nr. 1 u. Nr. 2.2.

[915] Vgl. hierzu Kap. 3.9.4, S. 65 ff.

[916] § 2 Abs. 3 der Anlage 12 zum BMV-Z.

[917] Anhand der entsprechenden Verträge kann überprüft werden, für welchen Bereich infolge des vorgelegten Behandlungsplans eine Bindung der Krankenkasse gewollt ist und wie weit die Genehmigungswirkung reicht.

[918] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 66; vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 6.5 - S. 31.

8.16. BEMA-Nr. 25 (Cp)

Leistungsbeschreibung:

Indirekte Überkappung[919] zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschl. des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität

Abrechnungsbestimmungen:

Allein durch die indirekte Überkappung nach der BEMA-Nr. 25 muss die Devitalisation der Pulpa eines erhaltungswürdigen und erhaltungsfähigen Zahnes vermieden werden können.[920]

Eine Leistung nach Nr. 25 ist nicht abrechenbar, wenn die Kavitätenpräparation aus Zeitgründen oder wegen Schmerzen unterbrochen wird. Desgleichen kann die Cp nicht zur Anwendung kommen, wenn es sich darum handelt, die für den Kranken mit Schmerzen verbundene Kavitätenpräparation abzubrechen und durch Teilung in zwei oder mehrere Sitzungen erträglich zu gestalten.[921]

Die BEMA-Nr. 25 ist **je Kavität** abrechenbar.[922]

8.16.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Zwischen der Anzahl an Cp-Behandlungen und der **Füllungen** besteht eine direkte Relation. Bei tiefen kariösen Läsionen ist öfter eine **Anästhesie** erforderlich. Zur Diagnostik des Zustandes der Pulpa sind **Sensibilitätsprüfungen** und eventuell **Röntgenleistungen** notwendig.

Während einer Cp-Behandlung wird zur Erreichung der Keimfreiheit die **Anwendung von Kofferdam** angeraten, so dass auch zwischen diesen beiden Leistungen ein Zusammenhang besteht.[923]

Da bei Maßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa (BEMA-Nrn. 25, 26, 27) der Behandlungserfolg beurteilt und dokumentiert werden soll,[924] müssen auch **nach Abschluss** der Caries profunda-Therapie **Sensibilitätsprüfungen** durchgeführt und eventuell **Röntgenaufnahmen** angefertigt werden.

---

919 Caries profunda (Cp) = Behandlung einer tief liegenden Karies.
920 Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. 25.
921 Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 25.
922 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 25, S. 3.
923 Vgl. LSG NRW, Urt. v. 12.10.1994 – L 11 KA 111/93 –.
924 *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 72.

8.16.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

8.16.2.1. Indikation nur bei profunder Karies

Der Ansatz der BEMA-Nr. 25 ist nur im Fall einer **profunden Karies** möglich.[925] Die Cp-Behandlung muss in jedem Einzelfall **medizinisch indiziert** sein.

Der Einwand des Zahnarztes, eine Cp-Behandlung sei bereits bei einer dünner gewordenen Dentindecke zum Schutz der Pulpa indiziert, mag zwar medizinisch vertretbar sein. Im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes sind jedoch solche **prophylaktischen** Cp-Behandlungen zur Vorbeugung vor drohender Devitalisation **nicht zu Lasten** der **gesetzlichen Krankenversicherung** abrechenbar.[926]

Ebenso wird der Zahnarzt im Zweifel nicht damit gehört werden, dass er – entsprechend dem Stand der Wissenschaft - **vor jeder Füllungstherapie** eine **Hybridschicht aufbaue**, da nur die Hybridisierung die zeitgemäße Cp-Therapie sei. Denn nach den Abrechnungsbestimmungen darf die BEMA-Nr. 25 nur dann abgerechnet werden, wenn **durch sie allein die Devitalisierung der Pulpa** eines erhaltungswürdigen und erhaltungsfähigen Zahnes **vermieden** werden kann.[927]

Wird die Cp-Behandlung für einen **festsitzenden Zahnersatz** bei einem zu präparierenden Zahn durchgeführt, ist dies **nicht** gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar.[928]

8.16.2.2. Mehrfache Berechnung einer Cp-Behandlung

Wiederholungen von Cp-Leistungen innerhalb eines kurzen zeitlichen Abstandes müssen eine **seltene Ausnahme** sein. Der Zahnarzt muss solche Ausnahmesituationen anhand seiner Dokumentation nachweisen.[929]

Die BEMA-Nr. 25 kann auch dann nicht wiederholt berechnet werden, wenn die Kavitätenpräparation und Füllung aus **Zeitmangel** vorzeitig abgebrochen wird.[930]

---

925 Vgl. LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 3 KA 510/02 -. Das SG Hannover sieht die Nr. 25 dann als abrechnungsfähig an, wenn die Beschädigung des Zahnes bis an die Pulpennähe reicht und so weit fortgeschritten ist, dass es Beschwerden geben könnte oder die Pulpa bereits beschädigt ist, vgl. SG Hannover, Urt. v. 22.05.1985 – S 21 KA 90/83 –.

926 Vgl. SG Hannover, Urt. v. 22.05.1985 – S 21 KA 90/83 –.

927 Ebenso LSG Bayern, Urt. v. 20.09.2000 – L 12 KA 511/99 -.

928 Vgl. SG Hannover, Urt. v. 22.05.1985 – S 21 KA 90/83 –.

929 So SG Hannover, Urt. v. 22.05.1985 – S 21 KA 90/83 –. Der pauschale Hinweis, die Wiederholung sei erforderlich gewesen, ist nicht ausreichend.

930 Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 25; vgl. auch *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 25, S. 10, Nr. 2.4 m.w.Anm.

Nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist ein **definitives Abfüllen des Zahnes** in der Regel **in derselben Sitzung** vorzunehmen, in der die Pulpa im Sinne einer indirekten Überkappung medikamentös versorgt wurde, da das Dichtsein dieser Füllung als wesentliche Voraussetzung für den Behandlungserfolg gewertet wird.[931] Ein eventuell notwendiger provisorischer oder temporärer Verschluss der Kavität ist vom Zahnarzt im jeweiligen Einzelfall darzulegen.

8.16.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.16.3.1. Cp-Behandlung nach den Behandlungsrichtlinien

Bei der Leistung nach BEMA-Nr. 25 handelt es sich um eine Maßnahme zur **Vitalerhaltung der Pulpa**, welches ein **wichtiges Ziel** der konservierenden Stomatologie ist. Jeder Zahn, der erhaltungsfähig und erhaltungswürdig ist, soll erhalten werden. Jeder kariöse Defekt an einem solchen Zahn soll behandelt werden.[932] In der konservierenden Behandlung hat die Erhaltung der vitalen Pulpa **Vorrang.**[933]

Der Prüfungsausschuss wird vermutlich **Röntgenbilder aus der Nachbarschaft** von Cp-Zähnen anfordern, um die Tiefe der Kavität und die Notwendigkeit einer Karies profunda-Therapie beurteilen zu können. Durch die zweidimensionale Darstellung sind diese Aufnahmen jedoch **kritisch** zu bewerten. Denn grundsätzlich gilt auf einer Röntgenaufnahme nur der sichtbare positive Befund als bewiesen. Die Ausdehnung der Karies ist im histologischen Präparat jedoch viel weiter pulpenwärts fortgeschritten, als dies im Röntgenbild zu erkennen ist.[934]

Sofern die Cp-Behandlung dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht, können die nach den Behandlungs- und Zahnersatzrichtlinien[935] erforderlichen **Begleit-** und **Folgemaßnahmen** nicht als unwirtschaftlich angesehen werden.

8.16.3.2. Verhältnis zur Füllungstätigkeit

Im Rahmen einer statistischen Vergleichsbetrachtung der abgerechneten Cp spielt das Verhältnis zur Füllungstätigkeit eine Rolle. Mit nachvollziehbarer Argumentation und vollständiger Dokumentation müssten mindestens **30 Cp** auf **100 Füllungen** gut zu begründen sein und von den Prüfgremien akzeptiert werden.

---

931 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 25, S. 6, Nr. 1.2.
932 B.III.2. der Behandlungsrichtlinien.
933 B.III.8. der Behandlungsrichtlinien.
934 *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 72.
935 Vgl. B.III.8. der Behandlungsrichtlinien sowie C.13. der Zahnersatzrichtlinien.

Unter großen (mehrflächigen) **Füllungen** ist die Cp **häufiger** notwendig, wobei diese Behandlung durchaus auch bei kleinflächigen Füllungen erforderlich sein kann.[936] Vor allem bei Patienten, die **unregelmäßig zur Behandlung** kommen, tritt eine Caries profunda häufiger auf. Für **Milchzähne** gelten bei der Behandlung der Caries profunda keine anderen Kriterien als bei den bleibenden Zähnen.[937]

Bei getrennten Kavitäten ist die BEMA-Nr. 25 in derselben Sitzung an demselben Zahn **auch neben der BEMA-Nr. 26** abrechnungsfähig.[938]

8.16.3.3. Kompensatorische Einsparungen

Das **Ziel** einer Cp-Behandlung ist die **Vitalerhaltung der Pulpa**, um so eine **Wurzelbehandlung** mit all ihren Unsicherheiten und möglichen Komplikationen **zu vermeiden**. So kann der Zahnarzt mit einer erfolgreichen indirekten Überkappung entsprechend **kompensatorische Einsparungen** geltend machen. Hat die Behandlung zum Erfolg geführt, hat sich also Sekundärdentin gebildet und ist der Nerv vital geblieben, so ergeben sich daraus folgende Einsparungen:

- weniger direkte Überkappungen,
- weniger endodontische Behandlungen (d.h. weniger BEMA-Nrn. 28 - 35),
- weniger Extraktionen,
- weniger Zahnersatz.

Da sich die genannten kompensatorischen Einsparungen erst in der Folgezeit in der Statistik niederschlagen können, ist es für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Zahnarztes unerlässlich, sowohl die Behandlung vor dem überprüften Quartal als auch die Behandlung in den nachfolgenden Quartalen zu berücksichtigen.[939]

---

[936] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 71.
[937] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 25, S. 6, Nr. 1.1.
[938] Vgl. zur Abrechenbarkeit der BEMA-Nr. 25 neben der Nr. 26 oder Nr. 27 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 25, S. 10, Nr. 2.3 m.w.Anm.
[939] Vgl. SG Mainz, Urt. v. 19.12.1984 – S 2 KA 73/84 –. Die Prüfbescheide wurden vom Sozialgericht aufgehoben, da der Beschwerdeausschuss die vorliegenden kompensatorischen Einsparungen nicht hinreichend berücksichtigt hatte.

8.17. BEMA-Nr. 26 (P)

Leistungsbeschreibung:

Direkte Überkappung[940]

- je Zahn

Abrechnungsbestimmungen:

Die direkte Überkappung kann im bleibenden Zahn bei artifizieller oder traumatischer punktförmiger Eröffnung der Pulpa abgerechnet werden.[941] Allein durch die P muss es möglich sein, die Devitalisation der Pulpa eines erhaltungswürdigen und erhaltungsfähigen Zahnes zu vermeiden.[942] Die direkte Überkappung wird je Zahn abgerechnet.

8.17.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Es besteht eine direkte Relation zwischen der direkten Überkappung und der **Anzahl der Füllungen**. Hierbei ist grundsätzlich eine **Anästhesieleistung** erforderlich.

Eine direkte Überkappung hat nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn das Eindringen von Keimen aus der Mundhöhle in die Pulpa (z.B. durch Speichel) verhindert wird. Dies kann beispielsweise durch die **Anwendung von Kofferdam** sichergestellt werden, so dass auch insoweit ein direkter Zusammenhang mit der BEMA-Nr.12 besteht.

Zur Diagnostik und zur Überprüfung des Behandlungserfolges sind eventuell **Röntgenaufnahmen** und in bestimmten Zeitabständen **Sensibilitätsprüfungen** erforderlich.

---

940 Direkte Pulpenüberkappung (P) = Behandlung einer artifiziell oder traumatisch eröffneten Pulpa.
941 Allg. Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 26.
942 Vgl. auch Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA- Nr. 26.

8.17.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

8.17.2.1. Indikation und Anästhesie

Die direkte Überkappung muss in jedem Behandlungsfall **medizinisch indiziert** sein. Befindet sich die Pulpa bei der Eröffnung bereits im **Entzündungszustand**, so darf eine direkte Überkappung nicht mehr vorgenommen werden.[943]

Eine direkte Überkappung kann aus zahnmedizinisch fachlicher Sicht in aller Regel **nicht ohne Anästhesieleistung** erbracht werden. Wurde die direkte Überkappung ohne Anästhesie durchgeführt und konnte die Behandlung aus diesem Grund nicht lege artis erfolgen, entspricht die abgerechnete direkte Überkappung nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot.[944]

8.17.2.2. Änderungen durch BEMA-Z zum 01.01.2004

Nach den neuen Abrechnungsbestimmungen seit 01.01.2004 ist die Indikation für eine direkte Überkappung nur noch bei **punktförmiger** Eröffnung der Pulpa gegeben. Alle größeren Eröffnungen sind demgegenüber mittels Pulpotomie (BEMA-Nr. 27) oder mittels endodontischer Maßnahmen (BEMA-Nrn. 28 – 35) zu versorgen.[945]

Seit der Neuregelung des BEMA ist auch ein provisorischer Verschluss nicht mehr Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 26. Der mit einer direkten Überkappung versehene Zahn ist vielmehr mit einer **dichten definitiven Füllung** zu versorgen.[946]

Die direkte Überkappung kann **nur am bleibenden Zahn** abgerechnet werden. Seit 01.01.2004 ist daher auch die direkte Überkappung an einem Milchzahn nicht mehr Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.[947] Dagegen ist bei **Eröffnung der Milchzahnpulpa** im Rahmen der zahnerhaltenden vertragszahnärztlichen Versorgung nunmehr die Durchführung und Abrechnung einer **Pulpotomie** (BEMA-Nr. 27) **oder** einer **endodontischen Behandlung** (BEMA-Nrn. 28 – 35) möglich.[948]

---

[943] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 26, S. 6, Nr. 1.

[944] Vgl. LSG NRW, Urt. v. 23.03.1994 – L 11 KA 71/93 –.

[945] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 26, S. 6, Nr. 1.

[946] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 26, S. 8, Nr. 2.2.

[947] Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. 26; vgl. auch *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 26, S. 6, Nr. 1.

[948] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 26, S. 9, Nr. 2.6; a.A. Oehler, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 73, der auch den Versuch der direkten Überkappung bei Milchzähnen im Einzelfall für gerechtfertigt hält.

8.17.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.17.3.1. P-Behandlung nach den Behandlungsrichtlinien

Bei der direkten Überkappung handelt es sich um eine Maßnahme zur **Vitalerhaltung der Pulpa**. Die Lebenserhaltung der Pulpa ist ein **wichtiges Ziel** der konservierenden Stomatologie. Jeder Zahn, der erhaltungsfähig und erhaltungswürdig ist, soll erhalten werden, jeder kariöse Defekt an einem solchen Zahn soll behandelt werden. In der konservierenden Behandlung hat die Erhaltung der vitalen Pulpa **Vorrang**.[949]

Entsprach die direkte Überkappung dem **Wirtschaftlichkeitsgebot**, so können die durch Behandlungs- und Zahnersatzrichtlinien[950] erforderlichen Begleit- und Folgemaßnahmen nicht als unwirtschaftlich angesehen werden.

Die medizinische Notwendigkeit der P ist häufig als Zufallsbefund auf **Röntgenbildern** nachweisbar. Um die Tiefe der Kavität und damit die Notwendigkeit der P zu beurteilen, wird der Prüfungsausschuss eventuell Röntgenbilder aus der Nachbarschaft von P-Zähnen anfordern. Aufgrund der zweidimensionalen Darstellung sind diese Aufnahmen jedoch **kritisch** zu bewerten. Denn grundsätzlich gilt auf einer Röntgenaufnahme nur der sichtbare positive Befund als bewiesen. Die Ausdehnung der Karies ist im histologischen Präparat jedoch viel weiter pulpenwärts fortgeschritten, als dies im Röntgenbild zu erkennen ist.[951]

8.17.3.2. Verhältnis zur Füllungstätigkeit

Mit nachvollziehbarer Argumentation und vollständiger Dokumentation dürften mindestens **6 P** auf **100 Füllungen** akzeptiert werden. Unter großen (mehrflächigen) Füllungen ist die P häufiger notwendig. Diese Situation tritt meist bei Patienten auf, die sich **unregelmäßig** behandeln lassen.

Bei **getrennten Kavitäten** ist die BEMA-Nr. 26 in derselben Sitzung an demselben Zahn **auch neben der Nr. 25** abrechnungsfähig.[952]

---

949 B.III.2. u. 8. der Behandlungsrichtlinien.

950 Vgl. B.III.8. der Behandlungsrichtlinien sowie C.13. der Zahnersatzrichtlinien.

951 *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 72.

952 Vgl. zur Abrechnung der BEMA-Nr. 26 neben der Nr. 25 und 27 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 26, S. 8, Nr. 2.3 m.w.Anm.

8.17.3.3. Kompensatorische Einsparungen

Das **Ziel** einer direkten Überkappung ist die **Vitalerhaltung der Pulpa**, um so eine **Wurzelbehandlung** mit all ihren Unsicherheiten und möglichen Komplikationen **zu vermeiden**. Nach einer erfolgreichen direkten Überkappung kann daher auf entsprechende **kompensatorische Einsparungen** verwiesen werden. Hat die Behandlung zum Erfolg geführt, hat sich also Sekundärdentin gebildet und ist der Nerv vital geblieben, so ergeben sich daraus folgende mögliche Einsparungen:

- weniger endodontische Behandlungen (d.h. weniger BEMA-Nrn. 28 - 35),
- weniger Extraktionen,
- weniger Zahnersatz.

Da sich die genannten kompensatorischen Einsparungen erst in der **Folgezeit** in der Statistik niederschlagen können, ist es für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Zahnarztes unerlässlich, die Behandlung sowohl **vor** dem **überprüften Quartal** als auch in den **nachfolgenden Quartalen** zu berücksichtigen.[953]

[953] Vgl. SG Mainz, Urt. v. 19.12.1984 – S 2 KA 73/84 –. In diesem Fall hatte das Sozialgericht die Prüfbescheide für rechtswidrig gehalten, da der Beschwerdeausschuss die gegebenen kompensatorischen Einsparungen nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt hatte.

8.18. BEMA-Nr. 28 (VitE)

Leistungsbeschreibung:

Exstirpation[954] der vitalen Pulpa

- je Kanal

Abrechnungsbestimmungen:

Die Exstirpation ist für denselben Zahn nur in Ausnahmefällen neben einer Pulpotomie nach BEMA-Nr. 27 abrechnungsfähig.[955] Die Abrechnung erfolgt pro Kanal, nicht jedoch je Sitzung.[956]

8.18.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

In Verbindung mit der VitE ist eine **aufwendige Röntgendiagnostik** erforderlich. Ferner ist eine **Anästhesie** (I oder L1) Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Vitalexstirpation. Wurde die Vitalexstirpation daher als notwendig erachtet, so muss auch die dafür erforderliche Anästhesie im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden.[957]

Für eine ordnungsgemäße Erbringung der VitE kann auch die BEMA-Nr. 8 (**ViPr**) erforderlich sein. Ferner ist im Rahmen einer endodontischen Behandlung die **Anwendung von Kofferdam** anzuraten, da so eine keimfreie Behandlung möglich ist. Die folgenden Behandlungsschritte müssen ebenfalls erbracht werden: **WK**, oftmals **Med**, **WF** und **Füllung**.

8.18.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die Vitalexstirpation ist grundsätzlich **an allen Zähnen** möglich. Dennoch muss die Vitalexstirpation in jedem Behandlungsfall **medizinisch indiziert** sein. Die Beurteilung der Indikationsstellung unterliegt der Wirtschaftlichkeitsprüfung und wird somit von den Prüfgremien überprüft.

---

954 Entfernung eines entzündlichen Pulpengewebes aus Pulpenhöhle und Wurzelkanälen.
955 Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 28.
956 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 28, S. 10, Nr. 2.1.
957 Weitergehend *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 92, der diese Leistungen aus der Statistik vollständig herausrechnen würde.

8.18.2.1. Endodontische Behandlung nach den Behandlungsrichtlinien

Mit der Einführung des **neuen BEMA-Z** zum **01.01.2004** sind auch im Bereich der Endodontie wesentliche Änderungen in Kraft getreten: Nach den **Behandlungsrichtlinien** dürfen Zähne im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung nur dann noch endodontisch behandelt werden, wenn die **Aufbereitbarkeit** und die Möglichkeit der **Füllung** des **Wurzelkanals bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze** gegeben ist.[958] Da allein in der Durchführung der endodontischen Maßnahme kein medizinischer Sinn liegt, muss außerdem die **Gesamtprognose** des Zahnes **positiv** zu bewerten sein.[959]

Nach der Entfernung des infizierten Pulpengewebes sollen die **Wurzelkanäle** mechanisch-chemisch ausreichend **aufbereitet**, desinfiziert und bis zur apikalen Konstriktion **gefüllt** werden.[960] Ein Zahn, der neben der endodontischen Behandlungsbedürftigkeit zusätzlich noch eine paradontale Läsion aufweist, ist vor Beginn der Behandlung auf seine Erhaltungswürdigkeit besonders kritisch zu überprüfen.[961] In der Regel ist ein Zahn zu entfernen, der nach diesen Richtlinien nicht zu erhalten ist. Eine andere Behandlung von nicht erhaltungswürdigen Zähnen ist nicht Bestandteil der vertragzahnärztlichen Versorgung.[962]

Die Richtlinien stellen Konkretisierungen des Wirtschaftlichkeitsgebotes dar und binden den Zahnarzt unmittelbar.[963] Demnach sollte **keine Vitalexstirpation** durchgeführt werden,

- wenn sich bereits vor der Behandlung abzeichnet, dass der betroffene Zahn schon so weit zerstört ist, dass sich sein **Erhalt nicht mehr lohnt** (Wurzelkaries, tiefe parodontale Schädigung, Wurzelfraktur) bzw.
- bei ästhetisch und funktionell **unwichtigen Zähnen** (häufig Weisheitszähne).[964]

Bei einem **devitalen Zahn** kann selbstverständlich eine **Vitalexstirpation nicht** mehr durchgeführt werden. In einem solchen Fall gelten die Kriterien nach BEMA-Nr. 31.[965] Auch bei nekrotischem oder gangränösem Zerfall der Pulpa ist die Vitalexstirpation nicht mehr angezeigt.[966]

---

[958] Vgl. B.III.9.1. der Behandlungsrichtlinien; siehe zur Aufbereitungstiefe auch *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 84 ff. m.w.N.
[959] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 28, S. 11 ff., Nr. 2.2.1.
[960] Vgl. B.III.9.3. der Behandlungsrichtlinien.
[961] Vgl. B.III.9.5. der Behandlungsrichtlinien.
[962] Vgl. B.III.10. der Behandlungsrichtlinien.
[963] Vgl. hierzu bereits Kap. 3.1.3, S. 34 ff. .
[964] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 28, S. 8, Nr. 1.
[965] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 28, S. 9, Nr. 1.
[966] Vgl. SG Dresden, Urt. v. 29.09.2004 – S 11 KA 5005/03 Z -.

8.18.2.2. Endodontische Behandlung der Molaren

Besonders streng ist die Indikation nach den **neuen Behandlungsrichtlinien** für die Molaren zu sehen. Die endodontische Behandlung von Molaren ist in der Regel nur dann angezeigt, wenn damit

- eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freiendsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.[967]

Auch bei **Milchzähnen** sind Vitalexstirpationen und somit endodontische Behandlungen grundsätzlich möglich.[968] Allerdings ist diese Behandlungsmethode bei Milchzähnen durch eine Vielzahl möglicher **Besonderheiten** eingeschränkt.[969]

8.18.2.3. Weitere Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit

Sollte sich bei einem **mehrwurzeligen Zahn** ein Kanal aus anatomischen oder behandlungstechnischen Gründen nicht entsprechend der Behandlungsrichtlinien (B.III.9.) aufbereiten lassen, so gilt der **ganze Zahn** als **nicht behandlungsfähig**.[970] Eine dennoch durchgeführte Wurzelbehandlung entspricht nicht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Ziel sollte es sein, die Wurzelbehandlung durch Vitalexstirpation **in einer Sitzung** durchzuführen und abzuschließen, da diese Vorgehensweise die Erfolgsaussichten der Behandlung erhöht.[971] **Auch im Rahmen des Notdienstes** sollte in der gleichen Sitzung auf eine Vitalexstirpation immer auch die Aufbereitung des Wurzelkanals erfolgen, so dass die endodontische Behandlung - wenn möglich – in einer Sitzung mit einer Wurzelfüllung abgeschlossen werden kann.[972]

Die **medizinische Einlage** (BEMA-Nr. 34) in der Folge einer VitE sollte auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben. Sind in Verbindung mit einer Vitalexstirpation **mehrfach** medizinische Einlagen notwendig, so kann davon ausgegangen werden, dass die **Indikation** zum Ansatz einer VitE bereits **überschritten** war.[973] Spätes-

---

[967] Vgl. B.III.9. der Behandlungsrichtlinien; vgl. ausführlicher zu den jeweiligen Definitionen *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 28, S. 12 ff., Nr. 2.2.2.

[968] So auch *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 271.

[969] Vgl. hierzu ausführlich *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 28, S. 9, Nr. 1.

[970] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 28, S. 10, Nr. 2.1.

[971] Vgl. SG Dresden, Urt. v. 29.09.2004 – S 11 KA 5005/03 Z -; vgl. auch *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 28, S. 7, Nr. 1.

[972] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 82 ff. m.w.N. zur Wurzelbehandlung im Notdienst.

[973] Vgl. SG Dresden, Urt. v. 29.09.2004 – S 11 KA 5005/03 Z -.

tens in der zweiten Sitzung muss die Behandlung abgeschlossen sein. Erfolgt die Wurzelfüllung erst nach 1-2 Monaten, kann in einem solchen Fall nicht die BEMA-Nr. 28, sondern allenfalls die BEMA-Nr. 31 abgerechnet werden.[974]

8.18.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Nach den Behandlungsrichtlinien soll jeder Zahn, der erhaltungsfähig und erhaltungswürdig ist, erhalten werden.[975] Die **Entfernung der Pulpa** muss immer dann durchgeführt werden, wenn **keine Maßnahme zur Vitalerhaltung mehr möglich** ist, z.B. bei akuter Entzündung (Pulpitis) oder traumatisierter, freiliegender Pulpa.[976]

Im **Fachgebiet der Endodontie** wurden in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten **ganz erhebliche Fortschritte** erzielt. So können heute Zähne regelmäßig mit Erfolg wurzelbehandelt werden (z.B. Molaren), die vor Jahrzehnten einer solchen Behandlung noch nicht zugänglich waren.[977] Auch bei **Milchzähnen** sind Vitalexstirpationen und somit endodontische Behandlungen grundsätzlich möglich. Nach den Behandlungsrichtlinien sollen Milchzähne grundsätzlich durch eine konservierende Behandlung erhalten werden, damit die **Kaufähigkeit** des kindlichen Gebisses **bewahrt** und eine **Fehlentwicklung** des bleibenden Gebisses **verhütet** wird.[978]

In jedem Fall kann **Zahnersatz** kompensatorisch **eingespart** werden, wenn ein Zahn durch diese Behandlung auf Dauer erhalten bleibt.

---

[974] So SG Dresden, Urt. v. 03.12.2003 – S 11 KA 5001/03 Z -. Das Sozialgericht bestätigte die vom Prüfgremium vorgenommene Umwandlung der abgerechneten BEMA-Nr. 28 in die Nr. 31.

[975] B.III.2. der Behandlungsrichtlinien.

[976] *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 272.

[977] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 28, S. 19 ff., Nr. 2.6.

[978] Vgl. B.III.11. der Behandlungsrichtlinien.

8.19. BEMA-Nr. 31 (Trep1)

Leistungsbeschreibung:

Trepanation[979] eines pulpentoten Zahnes

Abrechnungsbestimmungen:

Die im Zusammenhang mit einer Devitalisierung vorgenommene Eröffnung eines Zahnes kann nicht als Trepanation nach BEMA-Nr. 31 abgerechnet werden.[980]

Die BEMA-Nr. 31 ist für denselben Zahn innerhalb eines Krankheitsfalles nur einmal abrechnungsfähig. Eine wiederholte Abrechnung im Rahmen eines Behandlungsfalles ist nicht zulässig.[981]

Die Trep1 kann nicht zum Einbringen eines Stiftaufbaus abgerechnet werden.[982]

8.19.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Die Trep1 sowie die Med nehmen eine Sonderstellung ein, weil die **Abrechnung pro Zahn** und nicht, wie bei den anderen endodontischen Leistungen, pro Kanal erfolgt. Dies ist bei der statistischen Auswertung zu berücksichtigen.

Zu den folgenden Leistungen besteht ein direkter Zusammenhang: In Verbindung mit der Trep1 ist eine **aufwendige Röntgendiagnostik** notwendig. Außerdem können in Ausnahmefällen eine **Anästhesie** (I oder L1) und **ViPr** erforderlich sein. Ferner muss bei der Kanalaufbereitung und der Säuberung des Wurzelkanals der Erzielung keimfreier Bedingungen (z.B. durch **Anlegen von Kofferdam**) höchste Aufmerksamkeit gewidmet werden. Daher steht die Trep1 auch im Zusammenhang mit der BEMA-Nr. 12.

An die Trepanation schließen sich in der Regel das „Aufbereiten des Wurzelkanalsystems" (**BEMA-Nr. 32**), eine „Medikamentöse Einlage" (**BEMA-Nr. 34**), die „Wurzelkanalfüllung" (**BEMA-Nr. 35**) und die „Füllung der Kavität" (**BEMA-Nr. 13**) oder vorbereitende Maßnahmen für Zahnersatz an.[983]

---

979 „Aufbohrung" = Eröffnung der Pulpenhöhle.
980 Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 31.
981 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 31, S. 9, Nr. 2.4. m.w.Anm.
982 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 31, S. 7 ff., Nr. 2.1.
983 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 31, S. 7, Nr. 2.1.

8.19.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Eine Trepanation ist grundsätzlich **an allen** Zähnen möglich. Dennoch muss diese zahnmedizinische Leistung in jedem Behandlungsfall **medizinisch indiziert** sein. Die Trepanation kann nur bei **Eröffnung der Pulpenhöhle eines devitalen**[984] Zahnes durchgeführt werden. Ein Aufsuchen der Pulpa zum Zweck der Vitalexstirpation oder der Devitalisation (BEMA-Nr. 29) stellt demnach keine Trepanation im Sinne der BEMA-Nr. 31 dar.[985]

Mit der Einführung des **neuen BEMA** zum **01.01.2004** sind wesentliche **Änderungen** in Kraft getreten. Insoweit wird auf die Ausführungen zur Vitalexstirpation (BEMA-Nr. 28) verwiesen.[986]

Die **Trepanation** kann als **vertragszahnärztliche Leistung nicht** erbracht werden bei:

- Zähnen mit stark gekrümmten Kanälen bzw. Wurzeln, bei denen eine **Aufbereitung nicht bis nahe an die Wurzelspitze** erfolgen kann oder
- bei Zähnen mit **obliterierten** (verschlossenen) **Kanälen**.[987]

Ferner sollte die Trepanation nicht angewandt werden,

- wenn sich bereits vor der Behandlung zeigt, dass der betroffene Zahn schon so weit zerstört ist, dass sich sein **Erhalt nicht mehr lohnt**,
- bei ästhetisch und funktionell **unwichtigen Zähnen** (häufig Weisheitszähne).

8.19.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Nach den Behandlungsrichtlinien soll jeder Zahn, der erhaltungsfähig und erhaltungswürdig ist, erhalten werden.[988] Durch eine systematische Diagnostik mittels Sensibilitätsprüfungen und gegebenenfalls Röntgenaufnahmen können devitale Zähne erkannt und sodann endodontisch versorgt werden.

Ein **Missverhältnis** zwischen **Trep1** und einer **endodontischen Endversorgung** zu Gunsten der Trep1 kann sich beispielsweise ergeben:

- bei **Milchzähnen**, die **offen bleiben**,

---

[984] Pulpentoter Zahn.
[985] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 31, S. 5, Nr. 1.
[986] Vgl. hierzu das vorherige Kap. 8.18.2.1, S. 214 ff.
[987] Ausführlicher zur Indikation vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 31, S. 6, Nr. 1.1.
[988] B.III.2. der Behandlungsrichtlinien.

- bei Trep1 vor der Extraktion zum Zwecke der **akuten Schmerzbehandlung**,
- bei **Notdienstpatienten** oder bei solchen Patienten, die nach Abklingen der akuten Beschwerden **nicht zur Weiterbehandlung** erscheinen.[989]

In diesen Fällen wird die Trep1 ausnahmsweise **als Einzelleistung** abgerechnet und kann daher nicht ins direkte Verhältnis zu der endodontische Endversorgung gesetzt werden. Die Trep1 ist im Rahmen einer **akuten Schmerzbehandlung** mit dem primären Ziel, akute Schmerzen zu beseitigen, immer möglich.[990] Die Abrechnung einer **zweiten Trepanation** ist indessen nur dann möglich, wenn nach der ersten Trepanation eine vollständige Gangränbehandlung und Füllung nach BEMA-Nr. 13 erfolgte und später erneute Schmerzen auftraten, die eine zweite Trepanation erforderten.[991]

Pulpatote Zähne müssen unbedingt **endodontisch versorgt** werden, um **kostenintensive Folgeschäden**, wie etwa eine Infektion des periapikalen Knochengewebes mit eventuell notwendiger chirurgischer Revision oder Extraktion, **zu vermeiden**.

Wird die Trep1 für die Einleitung einer endodontischen Behandlung als notwendige vertragszahnärztliche Leistung vom Prüfgremium anerkannt, müssen auch die notwendigen Folgeleistungen im statistischen Vergleich berücksichtigt werden.

In jedem Fall kann **Zahnersatz** kompensatorisch **eingespart** werden, wenn ein Zahn durch diese Behandlung auf Dauer erhalten bleibt.

---

[989] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 31, S. 8, Nr. 2.1. m.w.Anm.

[990] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 31, S. 6, Nr. 1.1.

[991] Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist hier jedoch besonders zu beachten, vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 31, S. 8, Nr. 2.1.

8.20. BEMA-Nr. 32 (WK)

Leistungsbeschreibung:

Aufbereiten des Wurzelkanalsystems

- je Kanal

Abrechnungsbestimmungen:

Die Abrechnung der BEMA-Nr. 32 erfolgt je Wurzelkanal unabhängig von der Anzahl der Wurzeln.[992] Entscheidend ist also die tatsächlich vorhandene Anzahl der Wurzelkanäle. Die BEMA-Nr. 32 ist für denselben Zahn im Rahmen eines Behandlungsfalles nur einmal je Kanal abrechnungsfähig. Eine wiederholte Abrechnung im Rahmen eines Behandlungsfalles ist daher unzulässig.[993] Die Wurzelkanalaufbereitung ist bei vorhandener Wurzelfüllung zum Zwecke der Stifteinbringung nicht abrechenbar.

Für die BEMA-Nr. 32 wurden keine gesonderten Abrechnungsbestimmungen vereinbart.

8.20.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

In Verbindung mit der WK ist eine **aufwendige Röntgendiagnostik** erforderlich. Die Wurzelkanalaufbreitung muss unter keimfreien Bedingungen stattfinden. Daher wird der zu behandelnde Zahn entweder mit Hilfe von Watterollen oder mit Kofferdam trockengelegt, so dass die Abrechnung der **BEMA-Nr. 12** erforderlich werden kann.[994]

Die folgenden Behandlungsschritte müssen ebenfalls erbracht werden: in der Regel eine **Med**, **WF** und **Füllung**.

---

[992] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 10, Nr. 2.1.
[993] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 10 ff., Nr. 2.1.
[994] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 7, Nr. 1.

8.20.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

8.20.2.1. Indikation der Wurzelkanalaufbereitung

Mit der Einführung des **neuen BEMA** zum **01.01.2004** sind wesentliche Änderungen in Kraft getreten. Insoweit wird auf die Ausführungen zur Vitalexstirpation (BEMA-Nr. 28) verwiesen.[995]

Die Wurzelkanalaufbereitung ist grundsätzlich **bei allen Zähnen** möglich. Dennoch kann auch die Indikation der Wurzelkanalaufbereitung überprüft werden. Die frühere Ansicht, **Molaren** seien nicht wurzelbehandlungsfähig, kann nicht mehr aufrechterhalten werden. Die **Indikation** für die **Molaren** nach den neuen Richtlinien ist jedoch an **strenge** Voraussetzungen geknüpft. So ist die endodontische Behandlung von Molaren in der Regel **nur dann** angezeigt, wenn damit

- eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freiendsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.[996]

8.20.2.2. Ziel der Wurzelkanalaufbereitung

Das **Ziel** einer endodontischen Behandlung muss die **Wurzelkanalfüllung** und eine anschließende **definitive Füllung** oder **Aufbaufüllung** sein. Der Durchschnitt der Zahnärzte schließt **über 80 %** der begonnenen endodontischen Behandlungen mit einer Wurzelfüllung ab.[997] In der Vergangenheit haben die Prüfgremien bei entsprechender Begründung ein Verhältnis von 1,5 : 1 (WK : WF) akzeptiert.

Gegebenenfalls wird der Zahnarzt aufgefordert, anhand der **Röntgenbilder** die Notwendigkeit seiner endodontischen Behandlung nachzuweisen.[998]

---

[995] Vgl. hierzu Kap. 8.18.2.1, S. 214 ff.

[996] Vgl. B.III.9. der Behandlungsrichtlinien; vgl. ausführlicher zu den jeweiligen Definitionen *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 12 ff., Nr. 2.2.2.

[997] Vgl. zu den Erfolgsquoten auch *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 278. (Dort wird von einer Erfolgsquote bei endodontischen Behandlungen von 50 – 95 % bzw. von 62 – 96 % ausgegangen.).

[998] *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 220.

8.20.2.3. Ausschluss der Leistungsabrechnung

Die Wurzelkanalaufbereitung ist nicht abrechenbar, wenn die endodontische Behandlung **nach den Behandlungsrichtlinien keine Kassenleistung** darstellt, d.h. eine richtlinienkonforme Aufbereitung der Wurzelkanäle nicht in der geforderten Weise geschehen kann. In diesen Fällen muss eine Privatliquidation erfolgen.[999] So ist die Kanalaufbereitung nicht oder nur sehr schwer möglich bei Zähnen mit **stark gekrümmten** Kanälen bzw. Wurzeln. Ebenso ist bei Zähnen mit **obliterierten** (verschlossenen) **Kanälen** eine Wurzelkanalbehandlung in der Regel ausgeschlossen.[1000]

Sollte sich bei einem **mehrwurzeligen Zahn** ein Kanal aus anatomischen oder behandlungstechnischen Gründen nicht entsprechend der Behandlungsrichtlinien (B.III.9.) aufbereiten lassen können, so gilt der **ganze Zahn** als **nicht behandlungsfähig**.[1001] Eine dennoch durchgeführte Wurzelbehandlung entspricht nicht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Die Wurzelkanalaufbereitung an **Milchzähnen** ist nur dann möglich, wenn tatsächlich in der Folge eine Wurzelfüllung geplant ist. Ferner ist die endodontische Behandlung bei Milchzähnen durch eine Vielzahl möglicher **Besonderheiten eingeschränkt**.[1002]

8.20.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Nach den **Behandlungsrichtlinien** soll jeder Zahn, der erhaltungsfähig und erhaltungswürdig ist, erhalten werden.[1003] Eine endodontische Therapie ist immer dann angezeigt, wenn bei einem erhaltungswürdigen Zahn die Vitalität der Pulpa nicht mehr erhalten werden kann.

Die **Aufbereitung** eines Wurzelkanals ist in jedem Fall erforderlich und ein **eigenständiger Therapieschritt**. Dies gilt unabhängig von der Art der anschließenden Wurzelbehandlung (Mortal-, Vitalexstirpation, Gangränbehandlung oder Revision einer vorbestehenden insuffizienten Wurzelfüllung).[1004]

Auch bei **Milchzähnen** sind Wurzelbehandlungen **grundsätzlich möglich**. Nach den Behandlungsrichtlinien sollen Milchzähne durch eine konservierende Behand-

---

[999] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 21, Nr. 2.10. m.w.N.
[1000] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 8, Nr. 1.
[1001] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 10 ff., Nr. 2.1.
[1002] Vgl. ausführlicher *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 8, Nr. 1.
[1003] B.III.2. der Behandlungsrichtlinien.
[1004] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 7, Nr. 1.

lung erhalten werden, damit die **Kaufähigkeit** des kindlichen Gebisses **bewahrt** und eine **Fehlentwicklung** des bleibenden Gebisses **verhütet** wird.[1005]

Für den Fall, dass der Patient **nicht zur Weiterbehandlung** erscheint und die Behandlung aus diesem Grund nicht abgeschlossen werden kann, kann der Zahnarzt mit Hilfe der **Nadelaufnahme** die **Kanalaufbereitung nachweisen**.

Grundsätzlich ist auch eine **notwendige Revision**[1006] der Wurzelbehandlung an demselben Zahn **abrechenbar**.[1007]

Die **vermehrte endodontische Tätigkeit** sollte als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden, da allein durch die endontische Behandlung nur eines Zahnes der Patient abrechnungsmäßig zu einem schweren Fall wird.[1008] Aufgrund der hiermit verbundenen Maßnahmen (je nach Situation: Rö2, I, L1, Trep1, Dev, VitE, WK, WF, bMF, F1-F4, St, ViPr) **kann der Fallwert** den Fachgruppendurchschnitt erheblich übersteigen.[1009]

Eine weitere **Praxisbesonderheit** kann die Durchführung von Wurzelbehandlungen aufgrund konkreter **Überweisungsaufträge** sein.

In jedem Fall kann **Zahnersatz** kompensatorisch **eingespart** werden, wenn ein Zahn durch die Wurzelbehandlung auf Dauer erhalten bleibt.

[1005] Vgl. B.III.11. der Behandlungsrichtlinien.

[1006] „Erneuerung“.

[1007] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 10, Nr. 2.1.; vgl. dort auch zu den damit verbundenen Einschränkungen S. 18, Nr. 2.3.

[1008] So sieht z.B. das SG Stuttgart zu Recht in der stärkeren endodontischen Tätigkeit eine Praxisbesonderheit, vgl. Urt. v. 12.09.1990 – S 14 KA 1390/90 –.

[1009] *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 275.

8.21. BEMA-Nr. 34 (Med)

Leistungsbeschreibung:

Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den BEMA-Nr. 28, 29, 32; gegebenenfalls einschließlich eines provisorischen Verschlusses

- je Zahn und Sitzung

Abrechnungsbestimmungen:

Medikamentöse Einlagen sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.[1010] Die Nr. 34 ist in einer Sitzung je Zahn jeweils nur einmal abrechnungsfähig. Eine Abrechnung je Kanal ist nicht zulässig.

8.21.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

In Verbindung mit der Wurzelkanalbehandlung ist eine **aufwendige Röntgendiagnostik** erforderlich. Außerdem kann eine **bMF** erforderlich sein. Als Vorleistungen kommen in Betracht:

- die **Vitalexstirpation** und **Kanalaufbereitung** (BEMA-Nrn. 28 und 32),
- die **Exstirpation** der devitalisierten Pulpa und Kanalaufbereitung (BEMA-Nrn. 29 und 32),
- die Gangränbehandlung (BEMA-Nrn. 31 und 32).[1011]

Die Vorleistungen (**ViPr**, **Trep1** oder VitE und **Anästhesie**, WK, gegebenenfalls bMF) und die Leistungen im Anschluss an die Med (**WF** und **Füllung**) stehen ebenfalls in einem zahlenmäßigen Zusammenhang zur Leistung nach Nr. 34.

8.21.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Eine medikamentöse Einlage darf **nur** dann gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung **abgerechnet** werden, wenn eine Wurzelfüllung und eine **definitive Versorgung geplant** und nach den Richtlinien auch möglich ist. Dies ist nur dann der Fall, wenn die Wurzelkanalaufbereitung und die Wurzelfüllung zumindest bis nahe an die Wurzelspitze möglich sind und die **Prognose** des Zahnes **positiv** zu

[1010] Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 34; vgl. auch B.III.9.1.b) der Behandlungsrichtlinien.
[1011] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 34, S. 6, Nr. 2.1.

bewerten ist.[1012] Die zahnärztliche Behandlung muss in jedem Einzelfall **medizinisch indiziert** sein.

Die Abrechnung der medizinischen Einlage als **selbstständige** Leistung setzt **zumindest eine Teilaufbereitung** der Wurzelkanäle voraus.[1013]

Die BEMA-Nr. 34 kann nicht abgerechnet werden, wenn der Zahn bereits **beherdet** ist, da er in diesem Fall als extraktionswürdig gilt.[1014]

8.21.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Im Rahmen der Wurzelbehandlungsmaßnahmen kann es erforderlich werden, **im Anschluss an die Kanalaufbereitung** und **vor dem endgültigen Abfüllen** des Wurzelkanals durch eine Wurzelfüllung zur chemischen Desinfektion zunächst eine medikamentöse Einlage in den Zahn bzw. Wurzelkanal einzulegen.[1015] Allerdings wird die **Med pro Zahn** und die **WK pro Kanal** abgerechnet, weshalb es sich empfiehlt, im betreffenden Quartal die endodontisch behandelten Zähne nach der Anzahl ihrer Wurzelkanäle zu analysieren.

Für die **Wurzelbehandlung nervtoter Zähne** sind in der Regel medizinische Einlagen erforderlich, wobei **bis zu drei** medizinische Einlagen pro Zahn möglich sind.[1016] Auch hierbei ist der Grundsatz zu beachten, dass jeder **erhaltungsfähige** und **erhaltungswürdige Zahn** erhalten werden soll.[1017]

Medikamentöse Einlagen sind auch in Verbindung mit Maßnahmen nach einer **Vitalexstirpation** (BEMA-Nr. 28) sowie nach einer **Devitalisierung** (BEMA-Nr. 29) abrechenbar.

In jedem Fall kann **Zahnersatz** kompensatorisch **eingespart** werden, wenn ein Zahn durch die Wurzelbehandlung auf Dauer erhalten bleibt.

[1012] Vgl. B.III.9.1.a) der Behandlungsrichtlinien.

[1013] Ebenso *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 280; *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 333 – 336; vgl. hierzu auch *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 34, S. 6, Nr. 2.1.

[1014] SG Hannover, Urt. v. 25.11.1981 – S 21 KA 166/80 –; vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 315 – 332.

[1015] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 34, S. 5, Nr. 1.

[1016] Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 34; vgl. auch B.III.9.1.b) der Behandlungsrichtlinien.

[1017] So B.III.2. der Behandlungsrichtlinien.

8.22. BEMA-Nr. 35 (WF)

Leistungsbeschreibung:

Wurzelkanalfüllung einschl. eines evtl. provisorischen Verschlusses
- je Kanal

Abrechnungsbestimmungen:

Die BEMA-Nr. 35 kann je Wurzelkanal nur einmal abgerechnet werden.

Für die Wurzelfüllung wurden keine gesonderten Abrechnungsbestimmungen vereinbart.

8.22.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

In Verbindung mit der Wurzelkanalbehandlung ist eine **aufwendige Röntgendiagnostik** erforderlich. Außerdem kann gegebenenfalls eine **bMF** erforderlich sein. Die Vorleistungen (**ViPr**, **Trep1** oder **VitE** und **Anästhesie**, **WK**, **Med**) stehen ebenfalls in einem zahlenmäßigen Zusammenhang. Auf die Wurzelkanalfüllung folgt eine Füllung nach **BEMA-Nr. 13** (Füllung der Kavität), so dass auch zwischen diesen Leistungen ein Zusammenhang besteht.

Die BEMA-Nr. 35 sollte nicht als alleinige Leistung in einem Behandlungsfall abgerechnet werden. Die **Wurzelkanalfüllung** bildet vielmehr stets den **Abschluss** einer bereits begonnenen Wurzelbehandlung. In einem Quartal kann die BEMA-Nr. 35 nur dann **als alleinige** Leistung zur Abrechnung gelangen, wenn die zwangsläufig vorhergehenden Behandlungen **bereits in dem vorausgegangenen Quartal** erbracht und abgerechnet wurden.[1018]

8.22.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

8.22.2.1. Ziele der Wurzelbehandlung

Die Wurzelfüllung stellt den letzten Behandlungsschritt einer endodontischen Behandlung dar. **Ziel** der Wurzelfüllung ist es, den Wurzelkanal mit Wurzelfüllmaterial so dicht zu verschließen, dass eine **neue Besiedlung** des Kanals **mit**

[1018] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 35, S. 10, Nr. 2.1.

Keimen verhindert wird.[1019] Der Kanal darf erst abgefüllt werden, wenn der Zahn **beschwerdefrei** und der **Kanal trocken** ist.[1020] Die zahnärztliche Behandlung muss in jedem Einzelfall **medizinisch indiziert** sein.

Die **Wurzelbehandlung durch VitE** soll grundsätzlich in **einer** Sitzung durchgeführt und abgeschlossen werden.[1021]

8.22.2.2. Einhaltung der Behandlungsrichtlinien

Eine Wurzelfüllung darf nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden, wenn sie den Behandlungsrichtlinien entspricht. Anderenfalls kann die Wurzelbehandlung lediglich als Privatleistung abgerechnet werden.[1022] **Wurzelkanalfüllungen** sollen nach den Behandlungsrichtlinien **bis zur apikalen Konstriktion** bzw. **bis nahe an die Wurzelspitze** erfolgen.[1023] Nach **aktuellem wissenschaftlichem Stand** und den entsprechenden modernen Behandlungsmöglichkeiten muss eine Wurzelfüllung deutlich weiter als bis zum apikalen Drittel in Richtung Wurzelspitze reichen. Die Behandlungsrichtlinien sprechen sogar vom **Erreichen der apikalen Konstriktion**.[1024] Die Wurzelfüllung soll das Kanalvolumen vollständig ausfüllen.[1025]

Die **frühere Ansicht**, Molaren seien nicht wurzelbehandlungsfähig, kann **nicht mehr** aufrechterhalten werden. An die Indikation für die Molaren werden nach den neuen Richtlinien jedoch **strenge** Anforderungen gestellt. Die endodontische Behandlung von Molaren ist in der Regel nur dann angezeigt, wenn damit:

- eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freiendsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.[1026]

Auch wenn die Notwendigkeit von **Röntgenaufnahmen** im Rahmen einer endodontischen Behandlung kontrovers diskutiert wird, ist zumindest die **WF röntge-**

[1019] Vgl. ausführlich zu Wurzelfüllungsmaterialien und –techniken: *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 35, S. 7, Nr. 1.1.

[1020] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 35, S. 7, Nr. 1.

[1021] Vgl. hierzu ausführlich Kap. 8.18.2.3, S. 215 ff.

[1022] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 35, S. 20, Nr. 2.7. mit einer Auflistung der Möglichkeiten zur Privatliquidation.

[1023] Vgl. B.III.9.1.a) der Behandlungsrichtlinien.

[1024] Vgl. B.III.9.3. der Behandlungsrichtlinien; vgl. auch *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 35, S. 11, Nr. 2.2.1.

[1025] Vgl. B.III.9.1.d) der Behandlungsrichtlinien.

[1026] Vgl. B.III.9. der Behandlungsrichtlinien; vgl. ausführlich zu den jeweiligen Definitionen: *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 35, S. 12 ff., Nr. 2.2.2.

nologisch nachzuweisen, da die vollständige Leistungserbringung Voraussetzung für die Abrechenbarkeit dieser Leistung ist.[1027]

8.22.2.3. Abschluss und Revision einer Wurzelbehandlung

Die **Anzahl** der abgerechneten **Wurzelfüllungen** muss zwingend der **Anzahl** an **Wurzelkanalaufbereitungen** pro Zahn entsprechen. Im **Durchschnitt** werden **über 80%** der endodontisch behandelten Wurzeln mit einer Wurzelfüllung abgefüllt.[1028] In der Vergangenheit haben die Prüfgremien bei entsprechender Begründung ein Verhältnis bis **1,5:1 (WK:WF)** akzeptiert. Das Verhältnis WK:WF zeigt im Übrigen, wie erfolgreich der Zahnarzt im Bereich der Endodontie tätig ist.

Grundsätzlich ist auch eine **notwendige Revision**[1029] der Wurzelbehandlung an demselben Zahn **abrechenbar,** wobei auch in diesem Fall die Behandlungsrichtlinien zu beachten sind.[1030]

8.22.2.4. Keine Zahnerhaltung um jeden Preis

Zwar kann durch die Wurzelbehandlung möglicherweise teurer **Zahnersatz eingespart** werden. Gelingt die Wurzelbehandlung jedoch nicht, so entstehen noch höhere Kosten, da der Zahn im Anschluss an die fehlgeschlagene Behandlung extrahiert werden muss. Hierzu wird eine Anästhesie erforderlich. Anschließend muss die entstandene Lücke zusätzlich prothetisch versorgt werden.

Aus diesem Grund sollte vor der Durchführung der Wurzelbehandlung die Erhaltungsfähigkeit des Zahnes anhand der Behandlungsrichtlinien sorgfältig überprüft werden. **Zahnerhaltung um jeden Preis** ist im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot **nicht immer die günstigste** Behandlungsmethode.[1031]

[1027] Nr. 2 der Allgemeinbestimmung der Anlage A zum BMV-Z.

[1028] Vgl. zu den Erfolgsquoten auch *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 278 (Dort wird von einer Erfolgsquote bei endodontischen Behandlungen von 50 – 95 % bzw. von 62 – 96 % ausgegangen.).

[1029] „Erneuerung".

[1030] Vgl. B.III.9.4. der Behandlungsrichtlinien und weiter *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 35, S. 18, Nr. 2.3.

[1031] Vgl. auch B.III.9.4., 9.5. und 10. der Behandlungsrichtlinien.

8.22.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Nach den Behandlungsrichtlinien soll jeder **erhaltungsfähige** und **erhaltungswürdige** Zahn erhalten werden.[1032] Die **Extraktion** eines Zahnes sollte daher grundsätzlich den **letzten Ausweg** darstellen, sofern endodontische Maßnahmen möglich sind.[1033]

Eine Wurzelbehandlung ist grundsätzlich **an allen Zähnen** möglich. Die frühere Ansicht, Molaren seien nicht wurzelbehandlungsfähig, kann nicht mehr aufrechterhalten werden.[1034] Auch bei **Milchzähnen** sind Wurzelbehandlungen grundsätzlich möglich. Nach den Behandlungsrichtlinien sollen Milchzähne durch eine konservierende Behandlung erhalten werden, damit die **Kaufähigkeit** des kindlichen Gebisses **bewahrt** und eine **Fehlentwicklung** des bleibenden Gebisses **verhütet** wird,[1035] wenngleich diese Behandlungsmethode bei Milchzähnen angesichts der damit verbundenen Besonderheiten eher eingeschränkt ist.[1036]

Die **vermehrte endodontische Tätigkeit** sollte als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden, da allein durch die endontische Behandlung nur eines Zahnes der Patient abrechnungsmäßig zu einem schweren Fall wird.[1037] Aufgrund der hiermit verbundenen Maßnahmen (je nach Situation: Rö2, I, L1, Trep1, Dev, VitE, WK, WF, bMF, F1-F4, St, ViPr) **kann der Fallwert** den Fachgruppendurchschnitt erheblich übersteigen.[1038]

Der Zahnarzt kann in jedem Fall **Zahnersatz** kompensatorisch **einsparen**, wenn ein Zahn durch diese Behandlung auf Dauer erhalten bleibt.

[1032] Vgl. B.III.2. der Behandlungsrichtlinien.

[1033] *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 276.

[1034] *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 276 ff.; vgl. ferner *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 20, Nr. 2.10 (Beachtung der Abgrenzung zwischen vertraglicher und außervertraglicher Wurzelbehandlung).

[1035] Vgl. B.III.11. der Behandlungsrichtlinien.

[1036] Vgl. ausführlich hierzu *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 32, S. 8, Nr. 1 u. S. 19, Nr. 2.5.

[1037] So sieht z.B. das SG Stuttgart zu Recht in der stärkeren endodontischen Tätigkeit eine Praxisbesonderheit, vgl. Urt. v. 12.09.1990 – S 14 KA 1390/90 –.

[1038] *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 275.

8.23. BEMA-Nr. 38 (N)

Leistungsbeschreibung:

Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff

- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung, je Sitzung

Abrechnungsbestimmungen:

Nachbehandlungen sind berechnungsfähig, wenn sie in besonderen Sitzungen, nicht jedoch in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einer Extraktion oder Operation erforderlich sind.[1039]

Eine Nachbehandlung kann nicht neben Nbl1, Nbl2 oder der XN berechnet werden, soweit in derselben Sitzung an derselben Stelle Maßnahmen erfolgen.[1040]

8.23.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Nachbehandlungen[1041] anhand statistischer Vergleichswerte ist zu beachten, dass es sich um eine **Folgeleistung** aus chirurgischen Eingriffen handelt. Zwischen der **Nachbehandlung** und den **chirurgischen Leistungen** besteht also ein **direkter Zusammenhang**, so dass stets das Verhältnis der erbrachten chirurgischen Leistungen zum Fachgruppendurchschnitt betrachtet werden muss. Im Durchschnitt wird **pro Operation** (einschließlich Exz) **eine** Nachbehandlung erbracht.

Chirurgische Eingriffe werden pro Zahn abgerechnet, Nachkontrollen müssen jedoch innerhalb bestimmter Kiefergebiete zu einer Leistung zusammengefasst werden, woraus **statistische Verschiebungen** resultieren können.

8.23.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

8.23.2.1. Verhältnis chirurgischer Eingriff und Nachbehandlung

Das Verhältnis der abgerechneten nahtpflichtigen **chirurgischen Eingriffe** zur **Nachbehandlung** (BEMA-Nr. 38) sollte möglichst nahe bei **1 : 1** liegen.[1042] Wird

---

[1039] Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. 38.
[1040] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 38.
[1041] Vgl. hierzu auch Kap. 5.5.2, S. 86 ff.
[1042] So auch *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 255.

nach jeder unkomplizierten Extraktion **routinemäßig** eine Nachbehandlung durchgeführt, droht eine **Leistungskürzung**, da diese Behandlungsweise aufgrund der medizinischen Erfahrungen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstößt.[1043] Da eine Nachbehandlung erst bei einer **Wundheilungsstörung** notwendig wird, ist nach einer **einfachen**, unkompliziert verlaufenden Extraktion eine **Nachbehandlung nicht zwingend**. Lediglich bei größeren chirurgischen Maßnahmen ist eine laufende Nachkontrolle und Nachbehandlung der Wunde sinnvoll.

Ein insoweit auffälliges **Missverhältnis** erlaubt auch **Rückschlüsse** auf die **Qualität** der chirurgischen Leistungen.

8.23.2.2. Leistungsausschluss

Die Nachbehandlung nach BEMA-Nr. 38 kann **nur als selbstständige Leistung** abgerechnet werden.[1044]

Für einfache **Wundkontrollen** existieren im BEMA-Z keine Gebührenziffern. Insofern muss davon ausgegangen werden, dass **nur** Nach**behandlungen** – nicht auch Nach**kontrollen** - **gesondert berechnungsfähig** sind. Vielmehr ist diese „bloße“ Kontrolle mit der entsprechenden Nummer des operativen Eingriffs abgegolten.[1045]

Wird ein Patient zu einer medizinisch notwendigen **Nachkontrolle bestellt** und muss **an** der **Wunde keine Maßnahme** vorgenommen werden, so kann eine weitere Verhaltensinstruktion als **Beratung** nach BEMA-Nr. Ä1 (alleinige Leistung) berechnet werden. Eine Nachbehandlung kann in diesem Fall nicht abgerechnet werden, da diese Leistung nicht erbracht wurde.

Das SG Frankfurt billigte eine Kürzung der BEMA-Nr. 38 und Nr. 46 auf die Relation 1:1 im Verhältnis zu den insgesamt erbrachten chirurgischen Leistungen, vgl. SG Frankfurt, Urt. v. 18.05.1977 – S 5 KA 37/75 –.

[1043] Vgl. SG Dresden, Urt. v. 29.09.2004 – S 11 KA 5005/03 Z -. In dem entschiedenen Fall erfolgten die abgerechneten Nachbehandlungen offensichtlich routinemäßig nach jedem operativen Eingriff. Zwar hatte die Zahnärztin vorliegend doppelt so viele chirurgische Eingriffe erbracht wie der Durchschnitt. Demgegenüber hatte sie jedoch das Siebenfache an Nachbehandlungen berechnet. Der Beschwerdeausschuss ging bei dieser Überschreitung von ca. 650 % davon aus, dass zum Teil auch die reine Nach*kontrolle* zum Ansatz der BEMA-Nr. 38 geführt hat. Eine entsprechende Kürzung wurde vom SG Dresden gebilligt.

[1044] Eine Leistung ist selbstständig, wenn sie in technischer und zeitlicher Hinsicht nicht zwingend Bestandteil einer anderen Leistung ist, vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 38, S. 8 ff., Nr. 2.1.

[1045] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 38, S. 10, Nr. 2.5; vgl. auch SG Dresden, Urt. v. 29.09.2004 – S 11 KA 5005/03 Z -.

Im Rahmen von parodontal-chirurgischen Eingriffen bei **systematischer Par-Behandlung** kann für eine Nachbehandlung die BEMA-Nr. 38 **nicht** berechnet werden.[1046] Die BEMA-Nr. 38 kann nicht neben einer **chirurgischen Wundrevision** abgerechnet werden.[1047]

8.23.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.23.3.1. Indikation

Größere operative Eingriffe erfordern eine **Kontrolle des Heilungsverlaufs** der Wunde. Die **Häufigkeit** und die **Intervalle** zwischen den Nachbehandlungen richten sich dabei nach dem **Einzelfall**. Allgemeine Richtlinien lassen sich hierbei kaum aufstellen. Entscheidend ist die **Art** des erfolgten chirurgischen Eingriffs, dessen **Umfang** und **Verlauf** sowie die allgemeine Verfassung bzw. das **Grundleiden des Patienten**.[1048]

Nach chirurgischen Leistungen ist eine erforderliche Nachbehandlung auch **mehrmals** abrechnungsfähig. Auch die **Entfernung einer chirurgischen Naht** kann unter der BEMA-Nr. 38 abgerechnet werden.

8.23.3.2. Praxisbesonderheiten

Sofern überdurchschnittlich viele Nachbehandlungen auftreten, kann es sich möglicherweise um schwere Krankheitsbilder mit protrahiertem Verlauf handeln. Liegen in einer Praxis **überwiegend schwere Krankheitsbilder** vor, sollte dies als **Praxisbesonderheit** geltend gemacht werden.[1049] Diese Fälle sind jedoch anhand einer dokumentierten Patientenkartei im Einzelnen zu belegen.

Werden überdurchschnittlich viele Operationen **an den Kieferchirurgen** überwiesen und anschließend lediglich die Nachbehandlung selbst ausgeführt, kann sich das **Verhältnis** zwischen abgerechneten Operationen und Nachbehandlungen **verschieben**. Dies sollte in der Prüfung mit entsprechendem Zahlenmaterial belegt werden können.

[1046] *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 256; In einem solchen Fall kann lediglich eine Nachbehandlung nach BEMA-Nr. 111 berechnet werden.

[1047] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 38.

[1048] Die Notwendigkeit der Nachbehandlung folgt zwingend aus der Art der chirurgischen Leistungen (z.B. Osteotomie, Zystenoperation durch Zystektomie), vgl. BSG, Urt. v. 26.09.1984 – 6 RKa 4/83 –; vgl. auch *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 38, S. 6 ff., Nr. 1.2 m.w.N.

[1049] *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 255.

8.23.3.3. Kompensatorische Einsparungen

Die Nachbehandlung wird durchgeführt, um eine möglichst komplikationslose und schnelle Wundheilung zu gewährleisten und eine Infektion zu verhindern bzw. zu beseitigen.[1050] Der **Heilungsverlauf** der Wunde kann mit einer Nachbehandlung **positiv** beeinflusst werden, wodurch möglicherweise **chirurgische Wundrevisionen eingespart** werden können.

Arbeitet der Zahnarzt **überwiegend chirurgisch** ohne entsprechende Überweisung der schweren Fälle an oralchirurgische Kollegen und ist hierbei das Verhältnis der chirurgischen Eingriffe zur Anzahl der Nachbehandlungen angemessen, so stellt dies einerseits einen Beweis für seine behandlungssichere und erfolgreiche Arbeit dar. Andererseits können aufgrund der **geringen Anzahl an Überweisungen** Kosten kompensatorisch einspart werden. So werden etwa **Leistungen eingespart**, die durch die Überweisung regelmäßig erneut angefallen wären, so etwa Untersuchungsleistungen nach Ä1 oder die ViPr.

[1050] Vgl. ausführlicher zur Wundbehandlung und zu den verschiedenen Behandlungsarten *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 38, S. 5 ff., Nr. 1.1.

8.24. BEMA-Nrn. 40, 41 a, 41 b (I, L1, L2)

Leistungsbeschreibung:

- Infiltrationsanästhesie
- Leitungsanästhesie
  a) intraoral
  b) extraoral[1051]

Abrechnungsbestimmungen:

Die Abrechnung der **Infiltrationsanästhesie** kann im Bereich von zwei nebeneinander stehenden Zähnen – mit Ausnahme der beiden mittleren Schneidezähne - nur einmal je Sitzung erfolgen.[1052]

Bei lang dauernden Eingriffen ist sowohl die Infiltrationsanästhesie als auch die Leitungsanästhesie ein zweites Mal abrechnungsfähig.[1053]

Die Abrechnung einer **Leitungsanästhesie** (BEMA-Nr. 41) kann nur erfolgen, wenn die Infiltrationsanästhesie (BEMA-Nr. 40) nicht ausreicht. Die Leitungsanästhesie ist demnach:

- im Unterkiefer in der Regel,
- im Oberkiefer bei entzündlichen Prozessen sowie
- im Oberkiefer bei größeren chirurgischen Eingriffen angezeigt.[1054]

Bei chirurgischen und parodontal-chirurgischen Leistungen kann in begründeten Ausnahmefällen eine zusätzliche Infiltrationsanästhesie abgerechnet werden, wenn nur so eine ausreichende Anästhesietiefe oder die Ausschaltung von Anastomosen erreicht werden kann.[1055]

8.24.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Da die Lokalanästhesie[1056] bei **allen chirurgischen** und **parodontologischen** sowie bei vielen **konservierenden** und **prothetischen** Behandlungsmaßnahmen erforderlich ist, ergeben sich daraus direkte statistische Relationen.

[1051] Die *extraorale Leitungsanästhesie* gehört zu den eher selten praktizierten Anästhesietechniken bei zahnärztlichen Maßnahmen und wird daher nicht gesondert dargestellt.
[1052] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 40.
[1053] Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. 40; Abr.-Best. Nr. 4 zu BEMA-Nr. 41.
[1054] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 41.
[1055] Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. 41.
[1056] Wörtlich: Arzneimittel zum Herbeiführen einer Unempfindlichkeit.

8.24.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die Anästhesieleistungen sind **schwer kontrollierbare**, leicht vermehrbare Leistungen, die zum Zeitpunkt der Prüfung nicht mehr nachprüfbar sind. Da sie nicht zwingend auf einer medizinischen Notwendigkeit beruhen müssen, werden sie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Umständen besonders kritisch begutachtet. Denn eine überdurchschnittlich häufige Abrechnung dieser Positionen könnte eine ungerechtfertigte und damit unwirtschaftliche Leistungsausweitung bedeuten. Im Rahmen der **Füllungstherapie** sollen daher im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot möglichst alle notwendigen Behandlungen im Wirkungsbereich der Anästhesie **in einer Sitzung** erbracht werden.

Steht die **Unwirtschaftlichkeit** einer **Par-Behandlung** fest, droht auch eine Kürzung des Honorars für die entsprechenden **Anästhesieleistungen**. Denn war die eigentliche Par-Behandlung unwirtschaftlich, gilt dies auch für die vorbereitenden und begleitenden Anästhesieleistungen.[1057]

8.24.2.1. Keine routinemäßige Anästhesie

Sowohl im Rahmen der konservierenden, prothetischen und parodontalchirurgischen als auch bei der chirurgischen zahnärztlichen Behandlung kann eine Lokalanästhesie indiziert sein.[1058] Dennoch darf die Anästhesie **keine Wunsch- oder Verlangensleistung** sein. Es darf sich **nicht** um eine **Routinemaßnahme** handeln.[1059] Vielmehr muss in jedem einzelnen Behandlungsfall eine medizinische Notwendigkeit vorliegen. Bei der Entscheidung für eine Anästhesie sollte der Zahnarzt auch die **Gefahr von Anästhesie-Zwischenfällen** berücksichtigen.

Die Beurteilung der **Indikationsstellung** unterliegt der Wirtschaftlichkeitsprüfung und wird somit von den Prüfgremien überprüft.

8.24.2.2. Kombination Leitungsanästhesie und Infiltrationsanästhesie

Im **Kieferbereich** ist die Schmerzausschaltung in einem Umfang, wie er z.B. für chirurgische Eingriffe erforderlich ist, durch eine **Leitungsanästhesie allein** in der Regel **nicht** möglich. Oftmals ist die **zusätzliche Schmerzausschaltung** im Zahn,

---

[1057] So BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a RKa 4/92 –.

[1058] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40, S. 7, Nr. 2.1.

[1059] So sah z.B. das Sozialgericht München eine unwirtschaftliche Behandlungsweise darin, dass der geprüfte Zahnarzt ca. 85 % der Füllungen bei erwachsenen Patienten unter Anästhesie durchgeführt hatte, vgl. SG München, Urt. v. 14.10.1981 – S 33 KA 76/81 Z –; vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 341 – 344.

in der Wurzelhaut, im Knochen und in der Schleimhaut nur durch die **Kombination** der Leitungsanästhesie mit einer Infiltrationsanästhesie **oder** einer **zweiten Leitungsanästhesie** möglich. Doch berechtigt dies nicht zu einer regelmäßigen kombinierten Abrechnung der Infiltrations- und Leitungsanästhesie.[1060] Die **kombinierte Abrechnung** muss auf begründete **Ausnahmefälle** beschränkt bleiben, wenn beispielsweise nur auf diese Weise eine ausreichende Anästhesietiefe oder die Ausschaltung von Anastomosen erreicht werden kann.[1061]

8.24.2.3. Leistungsausschluss

Wird das Schmerzempfinden bei mehreren nebeneinander stehenden Zähnen mittels Infiltrationsanästhesie ausgeschaltet, so ist nicht jede tatsächlich durchgeführte Injektion berechenbar. Vielmehr kann nur **eine** Anästhesie für **je zwei nebeneinander stehende Zähne** abgerechnet werden.[1062]

Eine Leitungsanästhesie ist nicht abrechnungsfähig, wenn eine Infiltrationsanästhesie ausreicht.[1063] Bei Extraktionen und Exzisionen im **Oberkiefer** ist die Leitungsanästhesie grundsätzlich nicht abrechenbar. Im Zusammenhang mit Maßnahmen nach BEMA-Nr. 10 ist eine Anästhesieleistung nicht abrechnungsfähig.[1064] Die **Oberflächenanästhesie** sowie die **Heilanästhesie** sind seit 01.01.2004 **keine** Vertragsleistungen mehr.[1065]

Für die **Wiederholung** einer eventuell **unzureichenden Anästhesie** ist eine zweite Leistung **nicht abrechenbar**. Dies gilt selbst dann, wenn nicht das gesamte Operationsfeld betäubt wurde. Auch in diesem Fall ist eine notwendige Nach-Injektion nicht abrechnungsfähig.[1066]

8.24.2.4. Privatärztliche Leistungen

Im Zusammenhang mit **privatärztlichen** bzw. sonstigen **außervertraglichen Leistungen** (z.B. bei Implantaten) können Anästhesieleistungen nur nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) dem **Patienten privat in Rechnung** gestellt werden. Dies gilt beispielsweise auch für die Entfernung eines Implantats.

[1060] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40 / Nr. 41, S. 6 ff., Nr. 1.1; vgl. auch B.IV.6. der Behandlungsrichtlinien, wonach die Infiltrationsanästhesie neben der Leitungsanästhesie i.d.R. nicht angezeigt ist.
[1061] Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. 41.
[1062] Vgl. auch Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 40.
[1063] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 41, S. 3.
[1064] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 10, S. 6, Nr. 2.1.
[1065] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40 / Nr. 41, S. 3.
[1066] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40 / Nr. 41, S. 3.

Werden bei einer außervertraglichen Füllungstherapie **zusätzliche schmerzhafte Therapiemaßnahmen** erforderlich (z.B. Abformung eines Inlays), so ist die Anästhesie **Bestandteil** der **außervertraglichen Leistung** und kann ebenfalls nicht zu Lasten der Krankenkasse abrechnet werden. Werden auf Grund der außervertraglichen Leistung **mehr Anästhesien** erforderlich als dies bei einer Vertragsleistung der Fall gewesen wäre (z.B. auch bei der Eingliederung von Inlays), so können die darüber hinausgehenden Anästhesien dem Patienten ebenfalls nur privat in Rechnung gestellt werden.[1067]

8.24.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.24.3.1. Anspruch des Patienten auf schmerzfreie Behandlung

Jeder schmerzhafte Eingriff muss auch im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung für den Patienten **erträglich** gemacht werden können.[1068] Ohne die Anwendung von Lokalanästhetika wären viele zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen oft nicht in einer für den Patienten zumutbaren Art und Weise durchführbar. Gerade bei **Kindern** ist es geboten, Behandlungen möglichst schmerzfrei durchzuführen.[1069]

Ferner gibt es so genannte **Risikopatienten**, bei denen eine schmerzauslösende Maßnahme vital gefährdend sein kann, wenn diese Leistung ohne Anästhesie durchgeführt wird. Dies kann beispielsweise der Fall sein nach einem frischen Myokardinfarkt oder bei ausgeprägter Hypertonie. Hier können sogar **lebensbedrohliche Komplikationen** auftreten, so dass gerade in diesen Fällen eine schmerzfreie Behandlung garantiert werden soll.[1070]

[1067] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40 / Nr. 41, S. 12, Nr. 2.7.

[1068] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40 / Nr. 41, S. 7, Nr. 2.1; a.A. SG München, Urt. v. 25.11.1980 – S 33 KA 317/79 Z – hinsichtlich der Notwendigkeit von Anästhesien im Zusammenhang mit Füllungen: Das Sozialgericht München sah die Behandlungsweise des Arztes, der alle seine Patienten schmerzfrei behandelte, als unwirtschaftlich an. Es gab sogar zu Bedenken, dass die so genannte schmerzfreie Methode des Klägers zu einer erhöhten Anzahl von Verletzungen der Pulpa führen könne, weil das Regulativ der Schmerzempfindung des Patienten entfällt.

[1069] So *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 244; a.A. SG München, Urt. v. 14.10.1981 – S 33 KA 76/81 Z –; vgl. auch *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 341 – 344, wonach ein erhöhter Anästhesieumfang bei Füllungen nur für Kinder bis zum 16. Lebensjahr in Betracht kommen könne. Das SG München ließ jedoch offen, ob bei Kindern eine Anästhesie bei der konservierenden Behandlung in größerem Umfang erforderlich ist, als bei Jugendlichen und Erwachsenen.

[1070] *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 245. Solche besonderen Fälle sollten anhand der Dokumentation dargelegt werden können.

8.24.3.2. Indikationen

Im **Unterkieferseitenzahnbereich** ist die Leitungsanästhesie das **Mittel der Wahl**, während im **Oberkiefer** zumeist die **Infiltrationsanästhesie** zur Anwendung kommt.[1071] Dies gilt für konservierende wie prothetische Behandlungsmaßnahmen, aber auch für chirurgische Maßnahmen gewöhnlichen Umfangs. Oftmals ist jedoch auch im **Oberkiefer** eine Leitungsanästhesie angezeigt, so etwa bei **größeren chirurgischen Eingriffen** oder bei **entzündlichen Prozessen**, wie beispielsweise zur Therapie eines Abszesses.[1072]

Im Vergleich zu den früheren Abrechnungsbestimmungen wurde vor dem Wort „*Eingriff*" das Wort „*chirurgisch*" gestrichen. Somit ist seit **01.01.2004** die Infiltrations- sowie die Leitungsanästhesie auch bei lang dauernden konservierenden, prothetischen oder parodontologischen Behandlungsmaßnahmen ein **zweites Mal** abrechenbar.[1073]

Ferner ist die Anwendung von Lokalanästhetika oftmals Voraussetzung, um eine Behandlung nach den Regeln der Kunst zu gewährleisten, die ohne Anästhesie sonst nicht möglich ist, etwa bei einer **Kavitätenpräparation**.[1074] Eine **Lokalanästhesie** ist fast ausnahmslos für **chirurgische** und **parodontal-chirurgische** Leistungen **notwendig**. Darüber hinaus erfordert die ordnungsgemäße **Vitalexstirpation** eine vorherige Anästhesieleistung (I oder L1).[1075] Ferner kann die **direkte Überkappung** nach **BEMA-Nr. 26** aus zahnmedizinischer Sicht in aller Regel nicht ohne Anästhesie erbracht werden.[1076] Wurden diese Behandlungen vom Prüfgremium als wirtschaftlich angesehen, so müssen auch die dafür notwendigen Anästhesien entsprechend berücksichtigt werden.[1077]

Sofern bei den **Füllungen** im Rahmen der **Mehrkostenregelung** eine höherwertige Füllung erbracht wird, ist die hierfür notwendige Anästhesie grundsätzlich

---

[1071] So B.IV.6. der Behandlungsrichtlinien; vgl. hierzu die zusammenfassende Darstellung in *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40, S. 8, Nr. 2.1.
[1072] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 41.
[1073] Abr.-Best. Nr. 3 zu BEMA-Nr. 40, Abr.-Best. Nr. 4 zu BEMA-Nr. 41; vgl. auch *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40, S. 10, Nr. 2.4.
[1074] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40 / Nr. 41, S. 7, Nr. 2.1.
[1075] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 28, S. 7, Nr. 1.
[1076] Vgl. LSG NRW, Urt. v. 23.03.1994 – L 11 KA 71/93 –.
[1077] Ebenso *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 92, 96, der in diesem Zusammenhang von so genannten „*anästhesiepflichtigen Leistungen*" spricht (z.B. chirurgische Leistungen, VitA, VitE, P, Cp, Füllungen oder parapulpäre Stiftverankerungen), die ohne Anästhesie meist nicht möglich sind. Wenn diese anästhesiepflichtigen Hauptleistungen als notwendig angesehen wurden, sind die Nebenleistungen (z.B. Anästhesien) hierfür nach seiner richtigen Ansicht bei statistischen Vergleichen grundsätzlich herauszurechnen.

dann als **Vertragsleistung** abzurechnen, wenn eine Anästhesie auch bei der „Regelversorgung" erforderlich gewesen wäre.[1078]

Die erforderliche Schmerzausschaltung bei der Versorgung mit **Kronen** und **Brücken** ist ebenfalls Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Eine Schmerzausschaltung kann beispielsweise erforderlich werden:

- bei der Pfeilerpräparation,
- bei der Abformung,
- bei Zwischenproben,
- bei der Eingliederung des Zahnersatzes,
- ausnahmsweise beim Beschleifen der Antagonisten.[1079]

Das bewusste **Erzielen einer relativen Blutarmut** kann eine zusätzliche Indikation zur Durchführung von Lokalanästhesien sein. So werden zu diesem Zwecke im Rahmen einer **Par-Behandlung** unter Leitungsanästhesie **zusätzliche Infiltrationsanästhesien** angewendet.[1080]

8.24.3.3. Narkose oder Analgosedierung

Seit 01.01.2004 ist auch die Leistung der **Narkose** oder **Analgosedierung** als vertragsärztliche Leistung zu erbringen und somit gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abzurechnen.[1081] Eine **Narkose oder Analgesie** gehört jedoch **nur dann** zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen eine **andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich** ist.[1082] Der Vertragszahnarzt hat vorrangig das **mildere Mittel** in Form einer Lokalanästhesie anzuwenden und darf zur Narkose erst dann schreiten, wenn die Lokalanästhesie aus medizinisch indizierten Gründen versagt.[1083] **Zusätzlich** zur Analgosedierung ist zur völligen Schmerzausschaltung oftmals eine **lokale Anästhesie** nach der BEMA-Nr. 40 oder der Nr. 41 erforderlich.[1084]

[1078] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40 / Nr. 41, S. 12, Nr. 2.7.
[1079] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40 / Nr. 41, S. 11, Nr. 2.5 m.w.Anm.
[1080] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40, S. 6, Nr. 1.
[1081] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40 / Nr. 41, S. 11 ff., Nr. 2.6 m.w.N.
[1082] Protokollnotiz des Bundesausschusses zu B.IV.6. der Behandlungsrichtlinien.
[1083] Vgl. auch LSG NRW, Urt. v. 15.09.2004 – L 11 KA 58/02 -.
[1084] Diese zusätzliche Lokalanästhesie ist als vertragszahnärztliche Behandlungsmaßnahme ebenfalls über die KZV abrechenbar, vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40 / Nr. 41, S. 12, Nr. 2.6.

8.24.3.4. Weitere Einwendungen

Häufig liegt der Prüfungskommission der Leistungsumfang aus den anderen Leistungsbereichen nicht vollständig vor. Möglicherweise kann der Zahnarzt den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit entkräften, indem er anhand seiner eigenen Unterlagen die **Anästhesien** den einzelnen **Leistungsbereichen** zahlenmäßig **zuordnet**. Auf diese Weise können diejenigen Anästhesien berücksichtigt werden, die bereits durch die Krankenkasse genehmigt wurden.[1085] So findet in der Statistik erfahrungsgemäß beispielsweise keine Zuordnung der **IPa** statt.

Hohe Fallzahlen bei der **prothetischen Versorgung** sowie umfangreiche systematische **Par-Behandlungen** können zu einer überdurchschnittlichen Abrechnung der Anästhesieleistungen führen. Liegt somit der **Schwerpunkt** in einem **besonderen Teilgebiet**, kann dies als **Praxisbesonderheit** geltend gemacht werden.[1086]

Ob eine **Leitungsanästhesie oder** eine **Infiltrationsanästhesie** erfolgen muss, hängt unter anderem von der Größe des Eingriffs sowie von den jeweiligen anatomischen Besonderheiten des zu anästhesierenden Gebietes ab und sollte gegebenenfalls anhand des Einzelfalls dargestellt werden können. Bei **einfachen chirurgischen Eingriffen** (z.B. im Unterkieferfrontzahnbereich) kann eine **Infiltrationsanästhesie ausreichend** sein und somit eine **Leitungsanästhesie eingespart** werden. Ferner kann in Ausnahmefällen mit einer intraligamentären Anästhesie eine Leitungsanästhesie im Unterkiefer **eingespart** werden.[1087] Über die im konkreten Fall anzuwendende Anästhesieform entscheidet grundsätzlich der **Zahnarzt**.[1088]

[1085] Ebenso *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 96, der allerdings verlangt, dass die Anästhesien im Rahmen von ZE- und Par-Maßnahmen vollständig herauszurechnen sind.

[1086] Vgl. BSG, Urt. v. 22.05.1984 – 6 RKa 21/82 –; vgl. auch LSG Bad.-Württ., Urt. v. 08.05.2002 – L 5 KA 5/02 -; LSG Bad.-Württ., Urt. v. 22.01.1986 – L 1 KA 2896/84 -.

[1087] Vgl. zur Abrechnung bei intraligamentärer Anästhesie *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 40, Nr. 2.3, S.10.

[1088] Vgl. auch LSG NRW, Urt. v. 15.09.2004 – L 11 KA 58/02 -.

8.25. BEMA-Nrn. 43, 44 (X1, X2)

Leistungsbeschreibung:

Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung X1
Als einwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen:

- alle Frontzähne
- im Oberkiefer Zahn 5
- im Unterkiefer Zahn 4, Zahn 5

bei den Milchzähnen:

- alle Frontzähne

Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung X2
Als mehrwurzelige Zähne gelten bei den bleibenden Zähnen:

- alle Molaren
- im Oberkiefer Zahn 4

bei den Milchzähnen:

- alle Milchmolaren

Abrechnungsbestimmungen:

Das Entfernen eines Wurzelrestes kann unter der Nummer abgerechnet werden, unter der das Entfernen des betreffenden Zahnes abgerechnet werden müsste.[1089]

8.25.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Extraktionen sind in der Regel mit einer **Lokalanästhesie** verbunden, so dass eine direkte statistische Beziehung zwischen der Anzahl an Extraktionen und der dazugehörigen Anästhesieleistungen besteht. Bei Extraktionen wird ferner eine ausreichende **Röntgendiagnostik** vorausgesetzt. Es werden daher vor der Extraktion sowie bei Verdacht auf unvollständige Entfernung nach der Extraktion Röntgenaufnahmen benötigt. Auch die unterschiedlichen Formen der **Nachbehandlungen** sind nach einer Extraktion denkbar.

8.25.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Häufig ist die Zahnextraktion **eine von mehreren Behandlungsmöglichkeiten**. Die Notwendigkeit zur Zahnextraktion ergibt sich aus Befund und Diagnose, die der Zahnarzt erstellt.

[1089] Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 43.

8.25.2.1. Berücksichtigung der Behandlungsrichtlinien

Die **Behandlungsrichtlinien** enthalten eine **Auflistung** möglicher Indikationen zur Zahnentfernung.[1090] Die Extraktion muss jedoch in jedem Einzellfall **medizinisch indiziert** sein. Eine **Zahnextraktion** ist erst als **letzte Behandlungsmöglichkeit** indiziert, wenn konservierende und parodontal-chirurgische Behandlungsalternativen entweder keinen Erfolg versprechen oder nicht zu einer Besserung geführt haben.[1091] Denn die **Erhaltung des Zahnes** ist das **vorrangige Ziel** der zahnärztlichen Behandlung.[1092] Vor einer Extraktion muss der Zahnarzt den Patienten auf mögliche Risiken und Komplikationen hinweisen. Ferner muss er im Rahmen seiner Aufklärungspflicht bestehende **Behandlungsalternativen** aufzeigen.[1093]

Gleichwohl ist es wichtig, die **Prognose** des Zahnes **realistisch** einzuschätzen. Möglicherweise kann es wirtschaftlicher sein, einen Zahn rechtzeitig zu extrahieren, als bei fraglicher Prognose die gesamte Palette der endodontischen und chirurgischen Therapie „abzuarbeiten". **Milchzähne** sollen allerdings grundsätzlich durch eine konservierende Behandlung erhalten werden, damit so die **Kaufähigkeit** des kindlichen Gebisses **bewahrt** und eine **Fehlentwicklung** des bleibenden Gebisses **verhütet** wird.[1094]

8.25.2.2. Leistungsausschluss

Das Belassen von **Wurzelresten** im Kiefer entspricht nicht den anerkannten Regeln der Zahnmedizin. Da eine Leistung erst dann abgerechnet werden darf, wenn die Leistungsbeschreibung **vollständig** erfüllt ist,[1095] kann in diesem Fall eine Extraktion nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Unwirtschaftlich wäre es auch, wenn dieser Wurzelrest erst später entfernt und diese Tätigkeit erneut abgerechnet würde.[1096]

In der Regel kann ein **überkronter Zahn**, der entfernt werden muss, **mitsamt** der **Krone entfernt** werden, so dass die BEMA-Nr. 23 (EKr) nicht neben den BEMA-Nrn. 43, 44, 45, 47a für die Entfernung des Zahnes abgerechnet werden kann. Nur

---

[1090] B.IV.3. der Behandlungsrichtlinien.
[1091] Noch enger gesehen von *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 101.
[1092] B.III.2. der Behandlungsrichtlinien.
[1093] Sofern eine Wurzelbehandlung ernsthaft in Erwägung zu ziehen ist, muss dem Patienten vor einer Extraktion die Möglichkeit einer Wurzelbehandlung angeboten werden, vgl. *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 101.
[1094] B.III.11. der Behandlungsrichtlinien.
[1095] Nr. 2 der Allgemeinbestimmung der Anlage A zum BMV-Z.
[1096] Vgl. *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 251 ff. m.w.N.

in seltenen Fällen wird sich nach der Kronenentfernung erst die Notwendigkeit der Entfernung ergeben.[1097]

Mit der Extraktion sind **alle Maßnahmen abgegolten**, die für das Entfernen eines Zahnes erforderlich sind.

8.25.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Nach den **Richtlinien** des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung **soll** ein **nicht erhaltungsfähiger** oder **nicht erhaltungswürdiger** Zahn **entfernt werden**. Eine andere Behandlung von erhaltungsunwürdigen Zähnen ist nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.[1098] Auch **Wurzelreste** müssen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung **entfernt** werden.[1099]

8.25.3.1. Indikation im Einzelnen

Die **Indikation zur Zahnentfernung** ist gegeben, wenn der Zahn durch Maßnahmen auf den Gebieten der konservierenden und der prothetischen Zahnheilkunde, der Parodontologie, der Kieferorthopädie oder der Chirurgie **nicht mehr zu erhalten** ist. Gleiches gilt, wenn der Lokal- oder der Allgemeinbefund des Patienten einen weiteren Erhalt des Zahnes als nicht sinnvoll erscheinen lässt. Diese Indikationen liegen beispielsweise vor bei:

- umfangreicher kariöser Zerstörung eines Zahnes,
- fortgeschrittener Parodontalerkrankung,
- entzündlichen Prozessen des Kieferknochens oder der Weichgewebe, die durch den zu extrahierenden Zahn hervorgerufen wurden,
- bestimmten Formen traumatisch (durch äußere Gewalteinwirkung) geschädigter Zähne oder Kieferknochen,
- bestimmten Erkrankungen der den Zahn umgebenden Gewebe (z.B. Zysten, Neoplasien, rezidivierende Epuliden etc.),
- Behandlungskonzepten, die im Interesse des Restgebisses die Entfernung eines Zahnes fordern,
- Behandlungskonzepten, die im Interesse der kieferorthopädischen Weiterbehandlung die Entfernung eines Zahnes fordern,

---

[1097] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 43, S. 10, Nr. 2.1.4.; vgl. auch Kap. 8.15, S. 203.
[1098] B.III.10. der Behandlungsrichtlinien.
[1099] C.13.g) der Zahnersatzrichtlinien.

- Vorliegen bestimmter allgemeiner Erkrankungen, die in vermutetem Zusammenhang mit dem Vorhandensein geschädigter Zähne stehen (Herdgeschehen),
- Erkrankungen der Pulpa und des apikalen Parodontiums, die einer endodontischen und chirurgischen Therapie nicht zugänglich sind,
- schlechter Prognose anderer Maßnahmen.[1100]

8.25.3.2. Weitere Einwendungen

Die Indikation zur Zahnextraktion aus kieferorthopädischen Gründen wird vom **Kieferorthopäden** gestellt und sollte in einem **Zielauftrag schriftlich fixiert** werden. Werden Patienten für eine solche Extraktion zugewiesen, kann die Beauftragung nur unter ganz engen Grenzen abgelehnt werden, so dass solche Überweisungsaufträge aus der Gesamtzahl der Extraktionen herauszurechnen sind.[1101] Denn die Besonderheit solcher Extraktionen liegt darin, dass der Zahnarzt in diesen Fällen **an** die **Überweisung** des Kollegen **gebunden** ist und daher die Diagnose nicht zu rechtfertigen braucht. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Hinblick auf die Indikation kommt daher allenfalls beim überweisenden Zahnarzt in Betracht.

Sofern sämtliche Extraktionen in der eigenen Praxis durchgeführt werden, können hierdurch **zusätzliche Leistungen des Kieferchirurgen** eingespart werden.[1102]

Wurden die Extraktionen als wirtschaftlich anerkannt, müssen auch die dafür **erforderlichen Anästhesien** im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden.

Gelingt es, einen Zahn oder einen Wurzelrest mit einer X1 oder X2 zu entfernen, können höher bewertete Leistungen wie **X3**, **Ost1** oder **Ost2** eingespart werden.

[1100] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 43, S. 5, Nr. 1; vgl. auch B.IV.3. der Behandlungsrichtlinien.
[1101] Ebenso *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 104.
[1102] Beispielsweise die BEMA-Nr. Ä1.

8.26. BEMA-Nr. 45 (X3)

Leistungsbeschreibung:

Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes einschließlich Wundversorgung

Abrechnungsbestimmungen:

Bei der Abrechnung der BEMA-Nr. 45 wird nicht zwischen einem ein- und mehrwurzeligen Zahn unterschieden.[1103] Für die BEMA-Nr. 45 wurden keine gesonderten Abrechnungsbestimmungen vereinbart.

8.26.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Extraktionen sind in der Regel mit einer Anästhesieleistung verbunden, weshalb eine direkte statistische Beziehung zwischen der Anzahl an Extraktionen und der dazugehörigen **Anästhesieleistungen** besteht. Da dieser Eingriff in der Regel länger dauert, kann eine **zusätzliche Anästhesie** erforderlich werden.

Neben der prächirurgischen Röntgendiagnostik wird typischerweise zusätzlich intraoperationem und zur Nachkontrolle eine **Röntgenaufnahme** erstellt.[1104] Diese Aufnahmen werden von den Prüfgremien gerne als Nachweis der erschwerten Extraktion begutachtet.

Bei der Entfernung eines tieffrakturierten Zahnes kann auch die Notwendigkeit für **Nachbehandlungen** bis hin zur **chirurgischen Wundrevision** sowie die Gefahr von therapiebedürftigen **Nachblutungen** gegeben sein.

Im Durchschnitt liegt das Verhältnis **X1 + X2 : X3** bei **6 : 1**. Häufig kann jeder einzelne Fall röntgenologisch nachgewiesen werden.

8.26.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

8.26.2.1. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Eine **unwirtschaftliche** Leistungserbringung erscheint bei dieser Position **nur schwer denkbar**. Waren die entfernten Zähne **tatsächlich tieffrakturiert**, ist die

---

[1103] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 45, S. 5, Nr. 1.

[1104] Ebenso *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 226, der allerdings eine Röntgenkontrolle nach einer Extraktion zur Erkennung von belassenen Wurzelresten als *zwingend* ansieht.

Abrechnung nicht zu beanstanden. Waren sie **nicht tieffrakturiert**, ist nicht Unwirtschaftlichkeit, sondern **unrichtige Anwendung des BEMA-Z** zu beanstanden.[1105] Bei einer Fehlinterpretation des Leistungsinhaltes könnte dann anstelle eines Regresses auch eine sachlich-rechnerische Berichtigung durch die KZV erfolgen. Aus diesem Grund ist besonders bei dieser Ziffer zu beachten, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung erst dort einsetzt, wo die gebührenordnungsmäßige Richtigkeit außer Frage steht.[1106]

Gleichwohl ist in der Vergangenheit eine **pauschale Honorarkürzung** auffälliger Durchschnittsüberschreitungen bei der BEMA-Nr. 45 gebilligt worden. Eine solche Kürzung kann beispielsweise erfolgen, wenn das Prüfgremium nach Durchsicht der Krankenscheine feststellt, dass der Zahnarzt bei mehrwurzeligen Zähnen **grundsätzlich** die BEMA-Nr. 45 abgerechnet hat. Nach medizinischen Erfahrungswerten ist jedoch **nicht in allen Fällen** eine **erschwerte Extraktion** nach BEMA-Nr. 45 indiziert.

8.26.2.2. Abrechnungsvoraussetzungen

Lässt sich ein tiefzerstörter oder tieffrakturierter Zahn „normal" mit Hebel oder Zange **ohne Mehraufwand** entfernen, kann diese Leistung **nicht** nach **BEMA-Nr. 45**, sondern nur nach BEMA-Nr. 43 oder Nr. 44 abgerechnet werden.[1107] Auch der bloße Einsatz eines „Beinschen Hebels" rechtfertigt nicht den Ansatz einer X3. Vielmehr muss es sich um einen im apikalen Drittel frakturierten Zahn handeln, dessen Entfernung einen erhöhten zeitlichen und apparativen Aufwand verursacht.

Bei Extraktionen tieffrakturierter Zähne liegt also von vornherein ein **erhöhter Schwierigkeitsgrad** vor. So muss der Zahnarzt mit besonderer Behutsamkeit und viel Geschick vorgehen, um die vorgeschädigte, geschwächte Zahnhartsubstanz bei der Manipulation mit Zange und Hebel nicht noch weiter zu zerstören. Die Leistung nach BEMA-Nr. 45 erfordert sowohl einen **medizinischen** als auch einen **technischen Mehraufwand**.

In der Regel kann ein **überkronter Zahn**, der entfernt werden muss, **mitsamt** der **Krone entfernt** werden, so dass die BEMA-Nr. 23 (EKr) nicht neben den BEMA-Nrn. 43, 44, 45, 47a für die Entfernung des Zahnes abgerechnet werden kann. Nur

---

[1105] *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 355 – 358.

[1106] Die Prüfgremien haben grundsätzlich keine Kompetenz zur maßgeblichen Gebührenauslegung. Für sachlich-rechnerische Berichtigungen in kleinem Umfang besteht allerdings eine so genannte *Randzuständigkeit*. Geht es jedoch ausschließlich um Abrechnungsfragen, so kann diese Annexkompetenz nicht in Betracht kommen, vgl. BSG, Urt. v. 26.09.1984 – 6 RKa 40/82 -.

[1107] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 45, S. 5, Nr. 1.

in seltenen Fällen wird sich erst nach der Kronenentfernung die Notwendigkeit der Entfernung ergeben.[1108]

Mit der Extraktion sind **alle Maßnahmen abgegolten**, die für das Entfernen eines Zahnes erforderlich sind.

8.26.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.26.3.1. Einhaltung der Behandlungsrichtlinien

Nach den **Richtlinien** des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung soll ein **nicht erhaltungsfähiger** oder **nicht erhaltungswürdiger** Zahn entfernt werden. Eine andere Behandlung nicht erhaltungswürdiger Zähne ist nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.[1109] Auch **Wurzelreste** müssen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung **entfernt** werden.[1110]

Der **Anteil** der Entfernung tieffrakturierter oder tiefzerstörter Zähne ist im Vergleich zur Gesamtzahl der Zahnentfernungen **relativ groß**, da insbesondere die Zerstörung eines Zahnes durch Karies bis in die Wurzelregion eine der häufigsten Indikationen zur Zahnentfernung darstellt. Nicht selten kommt es vor, dass ein vorgeschädigter Zahn, der mittels normaler Extraktion entfernt werden sollte, **während des Extraktionsversuches frakturiert** und dadurch erschwerte Umstände entstehen, welche die Abrechnung der BEMA-Nr. 45 rechtfertigen.[1111]

8.26.3.2. Weitere Einwendungen

Erschwerte Extraktionen kommen oftmals bei ein und demselben Patienten gehäuft vor. War bei diesem Patienten eine Sanierung mit einer **Serienextraktion** erforderlich, kann sich dies in der Statistik besonders auffällig auf das Verhältnis zu den Extraktionen (X1, X2) auswirken.

Die Indikation zur Zahnextraktion aus kieferorthopädischen Gründen wird vom **Kieferorthopäden** gestellt und sollte in einem **Zielauftrag schriftlich fixiert** werden. Werden Patienten für eine solche Extraktion zugewiesen, kann die Beauftragung nur unter ganz engen Grenzen abgelehnt werden, so dass solche Extrakti-

---

[1108] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 45, S. 8 ff., Nr. 2.3.
[1109] B.III.10. der Behandlungsrichtlinien.
[1110] C.13.g) der Zahnersatzrichtlinien.
[1111] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 45, S. 5, Nr. 1.

onen aus der Gesamtzahl der Extraktionen herausgerechnet werden sollten.[1112] Die Besonderheit solcher Extraktionen liegt darin, dass der Zahnarzt in diesen Fällen **an** die **Überweisung** des Kollegen **gebunden** ist und daher die Diagnose nicht zu rechtfertigen braucht. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Hinblick auf die Indikation kommt daher allenfalls beim überweisenden Zahnarzt in Betracht.

Wurden die Extraktionen als wirtschaftlich anerkannt, müssen auch die dafür **erforderlichen Anästhesien** im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden.

Gelingt es dem Zahnarzt, einen Zahn oder einen Wurzelrest mit einer X3 zu entfernen, können höher bewertete Leistungen wie **Ost1** und **Ost2** eingespart werden.

Sofern sämtliche Extraktionen in der eigenen Praxis durchgeführt werden, können hierdurch **zusätzliche Leistungen des Kieferchirurgen** eingespart werden.[1113]

[1112] Ebenso *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 104.
[1113] Beispielsweise die BEMA-Nr. Ä1.

8.27. BEMA-Nr. 46 (XN)

Leistungsbeschreibung:

Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) als selbstständige Leistung in einer besonderen Sitzung

- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Abrechnungsbestimmungen:

Zur BEMA-Nr. 46 wurden keine gesonderten Abrechnungsbestimmungen vereinbart. Zu beachten ist jedoch, dass die BEMA-Nr. 38 nicht neben der Nr. 46 berechnet werden kann, soweit die Maßnahmen in derselben Sitzung an derselben Stelle erfolgen.[1114]

8.27.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit dieser Leistung anhand statistischer Vergleichswerte ist zu beachten, dass es sich bei den Nachbehandlungen um eine **Folgeleistung** zu den **chirurgischen Eingriffen** handelt. Wurde ein Zahn im Ganzen oder in großen Teilen (wie bei einer X1 und X2) entfernt, wird eine Wundrevision seltener vorkommen, als nach einer erschwerten Extraktion, bei welcher Knochensequester eine häufige Ursache für Wundheilungsstörungen darstellen. Oftmals folgen auf eine Wundrevision noch **weitere Nachbehandlungen**.

Da es sich bei der chirurgischen Wundrevision häufig um einen schmerzhaften Eingriff handelt, ist neben der BEMA-Nr. 46 in der Regel eine **Anästhesieleistung** (BEMA-Nr. 40, 41) notwendig. Ferner können zusätzliche **Röntgenaufnahmen** erforderlich sein.

8.27.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

8.27.2.1. Verhältnis der Wundrevision zu den chirurgischen Eingriffen

Da es sich bei der Wundrevision um eine **Folgeleistung** im Anschluss an einen chirurgischen Eingriff handelt, wird zunächst der Umfang der **chirurgischen Leistungen im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt** verglichen. Wird der Durchschnitt sowohl bei den chirurgischen Leistungen als auch bei den Nachbe-

---

[1114] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 38.

handlungen überschritten, so liegt eine **Überprüfung** der Wirtschaftlichkeit bei den **chirurgischen Eingriffen** nahe. Wird bei den chirurgischen Eingriffen eine unwirtschaftliche Behandlungsweise festgestellt, so sind etwaige Prüfungsmaßnahmen auch bei der Wundrevision nach BEMA-Nr. 46 vorzunehmen.

Sind die chirurgischen Leistungen jedoch wirtschaftlich erbracht worden, erfolgt nun ein **Vergleich der Nachbehandlungen** mit dem Fachgruppendurchschnitt.[1115] In der Vergangenheit wurde beispielsweise eine Kürzung der Summe von **BEMA-Nr. 38** und **Nr. 46** zu den **chirurgischen Leistungen** auf ein Verhältnis von **1:1** akzeptiert (BEMA-Nr. 38 + 46 : chirurgischen Leistungen).[1116]

8.27.2.2. Abrechnungsvoraussetzungen der Wundrevision

Die chirurgische Wundrevision nach Nr. 46 darf **nicht in der Extraktionssitzung** erbracht werden. Vielmehr muss es sich um eine **selbstständige** Leistung handeln.[1117]

Die Abrechnungsfähigkeit der BEMA-Nr. 46 setzt ferner voraus, dass die **Wunde revidiert**[1118] worden ist. Ein **Drainagewechsel** oder eine **Nahtentfernung** kann nicht als XN abgerechnet werden. In diesem Fall darf lediglich die BEMA-Nr. 38 berechnet werden.[1119]

Die Abrechnung der Nr. 46 erfolgt **je Kieferhälfte** oder **Frontzahnbereich je Sitzung**. Die BEMA-Nr. 46 kann dennoch **nur einmal** berechnet werden, wenn beispielsweise zwei Zähne in einer Sitzung im Frontzahnbereich behandelt werden.

8.27.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Zwangsläufige Folge eines chirurgischen Eingriffs ist das **Entstehen** einer **Wunde**. Nach den Behandlungsrichtlinien soll beim Entfernen von Zähnen und anderen chirurgischen Eingriffen im Mund- und Kieferbereich eine Vorgehensweise gewählt werden, die eine **schnelle Wundheilung** erwarten lässt, **Schleimhaut** und

---

[1115] *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 359 – 360.

[1116] So bereits SG Frankfurt, Urt. v. 18.05.1977 – S 5 KA 37/75 –.

[1117] Eine Leistung ist *selbstständig*, wenn sie in technischer und zeitlicher Hinsicht nicht zwingend Bestandteil einer anderen Leistung ist, vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 46, S. 6 ff., Nr. 2.1.

[1118] Auskratzen, Glätten des Knochens.

[1119] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 46, S. 8, Nr. 2.3.

Knochenverhältnisse soweit wie möglich **erhält** und **günstige Voraussetzungen** für eine spätere **prothetische Versorgung** schafft.[1120]

In manchen Fällen kann es zu **Wundheilungsstörungen** kommen: Dies kann eine erneute Behandlung der Wunde dergestalt erfordern, dass eine **Abänderung der ursprünglichen Wundsituation** vorzunehmen ist, um so zur Förderung der Heilung und zur schnelleren Wiederherstellung günstiger Gewebsverhältnisse beizutragen.[1121]

Für die ordnungsgemäße Erbringung einer Wundrevision wird in der Regel eine **Anästhesie** erforderlich sein. Wurde die chirurgische Wundrevision als wirtschaftlich anerkannt, müssen im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung die dafür erforderlichen Anästhesien ebenfalls berücksichtigt werden.

Durch die **rechtzeitige** Erbringung der chirurgischen **Wundrevision** kann eine **größere Anzahl** sonstiger **Nachbehandlungen eingespart** werden.

[1120] B.IV.2. der Behandlungsrichtlinien.

[1121] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 46, S. 6, Nr. 2.1.

8.28. BEMA-Nr. 47a (Ost1)

Leistungsbeschreibung:

Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie[1122] - einschließlich Wundversorgung

Abrechnungsbestimmungen:

Die Abrechnung der Osteotomie nach der BEMA-Nr. 47a setzt die Aufklappung des Zahnfleisches voraus.[1123]

8.28.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Osteotomien sind ohne Anästhesie nicht ordnungsgemäß zu erbringen, so dass eine direkte statistische Beziehung zwischen der Ost1 und der dazugehörigen **Anästhesieleistung** besteht. Da dieser Eingriff in der Regel länger dauert, kann eine zusätzliche Anästhesie erforderlich werden.

Neben der prächirurgischen Röntgendiagnostik kann zusätzlich intraoperationem sowie zur Nachkontrolle eine **Röntgenaufnahme** erforderlich sein. Diese Aufnahmen werden von den Prüfgremien gerne als Nachweis der erschwerten Extraktion begutachtet.

Ferner können weitere **Nachbehandlungen** notwendig sein.

8.28.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Voraussetzung für die Abrechnung der BEMA-Nr. 47a ist die **Aufklappung des Zahnfleisches**. Bei der Osteotomie müssen zusätzlich zu den Manipulationen am Zahn mittels Knochenfräse oder Knochenmeißel die dem Zahn anliegenden **Anteile des Alveolarknochens abgetragen** werden, um so die Entfernung des Zahnes zu ermöglichen.[1124]

Die Entscheidung für diesen aufwendigeren und teureren Weg der Extraktion liegt im **Ermessen** des Zahnarztes. Sie darf nicht von eventuellen Stärken oder Schwächen in der Beherrschung von Techniken durch den Zahnarzt beeinflusst sein.

[1122] Wörtlich: „Knochenschnitt".
[1123] Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 47.
[1124] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 47, S. 5, Nr. 1.

Vielmehr muss sich die Entscheidung ausschließlich nach der **konkreten klinischen** und **röntgenologischen Situation** richten.

Mit der BEMA-Nr. 47 werden **alle Maßnahmen abgegolten**, die für das Entfernen eines Zahnes durch **Osteotomie**, **Hemisektion** und **Teilextraktion** eines mehrwurzeligen Zahnes erforderlich sind. Somit kann für das Aufklappen von Granulationsgewebe oder einer kleinen Zyste, für das Glätten der Knochenränder, die Wundreinigung und Wundversorgung (Naht, Drainage) keine zusätzliche Leistung abgerechnet werden. **Nicht abgegolten** ist jedoch die **Stillung einer übermäßigen Blutung** mit erheblichem zusätzlichem Zeitaufwand nach BEMA-Nr. 36 oder nach BEMA-Nr. 37.[1125]

8.28.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.28.3.1. Indikationen

Die Entfernung eines Zahnes durch **Osteotomie** ist dann notwendig, wenn die einfache Extraktion mittels Durchtrennung von oberflächlich gelegenen Faserbündeln des Zahnhalteapparats, die Lockerung (Luxation) des Zahnes im Zahnfach des Kieferknochens (Alveole) sowie das anschließende Entfernen des Zahnes aus seinem Zahnfach **durch Zange** und **Hebel allein nicht** mehr **gelingt** und auch Maßnahmen nach **BEMA-Nr. 45 nicht ausreichen**.[1126]

Eine Osteotomie kann **von vornherein** aufgrund des Röntgenbildes geplant sein. Die Notwendigkeit zur Zahnentfernung durch Osteotomie kann sich aber auch **erst während einer Extraktion** ergeben, wenn die Entfernung des Zahnes selbst mit dem erhöhten zeitlichen und apparativen Aufwand einer X3 nicht gelingt.[1127]

Osteotomien sind beispielsweise **häufig** notwendig:

- bei **vorhandenen Wurzelresten** oder so **weit zerstörten Zähnen**, dass keine Zahnhartsubstanz mehr zum Ansatz für Hebel oder Zange zur Verfügung steht,
- **prophylaktisch** bei **Zähnen**, deren anatomische Form oder Zerstörungsgrad eine unkomplizierte Extraktion nicht erwarten lässt,
- bei **Zahnentfernungen**, sofern es beim **Extraktionsversuch** nicht gelungen ist, den zu extrahierenden Zahn in seiner Gesamtheit zu entfernen,

---

[1125] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 47, S. 14, Nr. 2.3.
[1126] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 47, S. 5, Nr. 1.
[1127] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 47, S. 5, Nr. 1.

- bei **Entzündungen** des **Alveolarknochens**, sofern es zu einer Verpackung des Zahnes mit seiner Umgebung gekommen ist.[1128]

Die BEMA-Nr. 47a ist **auch** bei **Entfernung eines Wurzelrestes** durch Osteotomie ansatzfähig, selbst wenn es sich hier nicht mehr um einen „Zahn" handelt.[1129]

Für die **ordnungsgemäße Leistungserbringung** nach BEMA-Nr. 47a ist eine **Anästhesie** erforderlich (bei langandauernden Eingriffen unter Umständen eine zweite). Wurde die Entfernung des Zahnes durch Osteotomie als notwendig anerkannt, müssen im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die erforderlichen Anästhesien berücksichtigt werden.

8.28.3.2. Weitere Einwendungen

Die Indikation zur Zahnextraktion aus kieferorthopädischen Gründen wird vom **Kieferorthopäden** gestellt und sollte in einem **Zielauftrag schriftlich fixiert** werden. Werden Patienten für eine solche Extraktion zugewiesen, kann die Beauftragung nur unter ganz engen Grenzen abgelehnt werden, so dass diese überweisungsbedingten Extraktionen aus der Gesamtzahl der Extraktionen herausgerechnet werden sollten.[1130] Die Besonderheit solcher Extraktionen liegt darin, dass der Zahnarzt in diesen Fällen **an** die **Überweisung** des Kollegen **gebunden** ist und daher die Diagnose nicht zu rechtfertigen braucht. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Hinblick auf die Indikation kommt daher allenfalls beim überweisenden Zahnarzt in Betracht.

Mit einer Osteotomie gelingt es oft, durch eine übersichtlichere Darstellung des Operationsgebietes, den Zahn **kontrolliert** und **schonender** - auch für Nachbargewebe und Nachbarzahn - zu entfernen. Da es während der Extraktion somit weniger zur Quetschung des Knochens kommt, erfolgt die **Wundheilung** nach einer gezielt durchgeführten Aufklappung oft **unproblematischer**. So können mit dieser primär aufwendigeren Behandlungsweise sonst notwendige **Nachbehandlungen** kompensatorisch **eingespart** werden.

Sofern sämtliche Extraktionen in der eigenen Praxis durchgeführt werden, können hierdurch **zusätzliche Leistungen des Kieferchirurgen** eingespart werden.[1131]

[1128] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 47, S. 5, Nr. 1.
[1129] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 47, S. 13, Nr. 2.1.
[1130] Ebenso *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 104.
[1131] Beispielsweise die BEMA-Nr. Ä1.

8.29. BEMA-Nr. 49 (Exz1)

Leistungsbeschreibung:

Exzision[1132] von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes

Abrechnungsbestimmungen:

Eine Exzision nach BEMA-Nr. 49 kann in derselben Sitzung nicht für dasselbe Gebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abgerechnet werden.[1133]

Die Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe sowie das Durchtrennen von Zahnfleischfasern ist als Exz1 nach BEMA-Nr. 49 abrechnungsfähig.[1134]

8.29.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Die Exz1 kann bei einer überdurchschnittlichen Anzahl an **ZE-Fällen** häufiger zur Anwendung kommen, sofern das Entfernen von Schleimhaut oder Granulationsgewebe dem Ziel der **korrekten Gestaltung** der **Präparationsgrenze** bzw. der korrekten Durchführung der Abformung dient. Zwischen der Anzahl an Exzisionen und der Anzahl an Überkronungen kann somit eine direkte Korrelation bestehen.

Ferner handelt es sich bei den Exzisionen um Leistungen, die statistisch in Relation zu den dazu notwendigen **Anästhesien** gewichtet werden müssen. Außerdem können zusätzliche **Nachbehandlungen** erforderlich sein.

8.29.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die Exzision ist eine **schwer kontrollierbare**, leicht vermehrbare Leistung, die zum Zeitpunkt der Prüfung nicht mehr nachprüfbar ist. Da sie nicht zwingend auf einer medizinischen Notwendigkeit beruhen muss, wird sie unter Umständen besonders kritisch begutachtet. Eine überdurchschnittlich häufige Abrechnung dieser Position könnte eine ungerechtfertigte und damit unwirtschaftliche Leistungsausweitung bedeuten.

[1132] Exzision ist das Ausschneiden von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe.
[1133] Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA-Nr. 49.
[1134] Abr.-Best. Nr. 2 u. Nr. 3 zu BEMA-Nr. 49.

Die BEMA-Nr. 49 ist beispielsweise **nicht abrechnungsfähig** in folgenden Fällen:

- Exzision einer Schleimhautwucherung (BEMA-Nr. 50),
- Probe-Exzisionen (GOÄ-Nrn. 2401, 2402),
- Exzision einer größeren Geschwulst (GOÄ-Nr. 2404),
- Systematische Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Nrn. P 200 - P 203),
- Gingivektomie oder Gingivoplastik (BEMA-Nrn. P 200 oder P 201),
- Verdrängen des Zahnfleisches zum Zwecke der Abformung,
- Verdrängen des Zahnfleisches zur Darstellung der Präparationsgrenze (BEMA-Nr. 12).[1135]

In Verbindung mit Zahnersatz und Zahnkronen muss die **gleichzeitige Abrechnung** von **bMF** und **Exz1** eine seltene und begründete Ausnahme sein.[1136]

Das Entfernen der Gingiva mit dem **Elektrotom** zur Vorbereitung einer Abdrucknahme stellt **keine Praxisbesonderheit** dar und kann die überdurchschnittliche Abrechnung der BEMA-Nr. 49 nicht rechtfertigen.[1137]

8.29.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.29.3.1. Indikationen

Die Exzision nach BEMA-Nr. 49 kann bei verschiedenen Behandlungsmaßnahmen **indiziert** sein: Hat sich beispielsweise **Granulationsgewebe im Übermaß** gebildet oder **stört** es den regelgerechten **Ablauf der Behandlung**, so kann es indiziert sein, dieses Gewebe in Teilen oder auch ganz zu entfernen.[1138]

Ferner kann beispielsweise bei einer tiefen, unterhalb des Zahnfleischraums liegenden **Kavitäten**- oder **Kronenpräparation** das Zahnfleisch so überlappen, dass eine regelgerechte Gestaltung der Präparation bzw. eine **korrekte Abformung** der Präparation **nicht möglich** ist. In diesen Fällen ist es indiziert, das störend überlappende Zahnfleisch an der betreffenden Stelle zu entfernen bzw. die Zahnfleischfasern zu durchtrennen.

[1135] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 49, S. 3.
[1136] Zur Abrechnung im Zusammenhang mit Zahnersatz und Zahnkronen vgl. *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 49, S. 6 ff., Nr. 2.1.1.
[1137] LSG Bayern, Urt. v. 20.09.2000 – L 12 KA 511/99 -.
[1138] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 49, S. 6, Nr. 2.1.

Auch bei **Reinigungsmaßnahmen** der Zähne und des Zahnhalteapparats sowie bei der Behandlung von **oberflächlichen Zahnfleischentzündungen** können sich Schleimhautstückchen des Zahnfleisches störend auf die Übersicht und den Ablauf der Behandlung auswirken, so dass aus diesem Grund ebenfalls eine Exzision angezeigt sein kann.[1139]

8.29.3.2. Weitere Einwendungen

Für die ordnungsgemäße Erbringung der Leistung nach BEMA-Nr. 49 ist eine **Anästhesie** erforderlich. Wurde die Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe als wirtschaftlich anerkannt, sind die dafür erforderlichen Anästhesien bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ebenfalls zu berücksichtigen.

Es ist nicht auszuschließen, dass im Einzelfall eine Exzision nicht ausgereicht hat und somit eine **zweite Exzision** erforderlich wurde. Diese Ausnahmesituation sollte jedoch in der Kartei so **dokumentiert** sein, dass die Prüfgremien die Notwendigkeit der zweiten Exzision nachvollziehen können.[1140]

Die Exzision nach BEMA-Nr. 49 wird **lediglich** von etwa **80 %** aller Zahnärzte erbracht. Zur Gewährleistung einer gerechten Beurteilung der Behandlungsweise des geprüften Zahnarztes sollte die Statistik daher um diese so genannten „Null-Abrechner" bereinigt werden.

Aufgrund der fließenden Übergänge zwischen den Leistungen bMF und Exz1 - besonders in Verbindung mit Zahnersatz - sind gegenseitig **kompensatorische Einsparungen** möglich.

[1139] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 49, S. 6, Nr. 2.1.

[1140] Vgl. zur Dokumentationspflicht auch Kap. 6.9.2, S. 134 ff.

8.30. BEMA-Nr. 50 (Exz2)

Leistungsbeschreibung:

Exzision[1141] von Schleimhautwucherungen (z.B. lappiges Fibrom, Epulis)[1142]

Abrechnungsbestimmungen:

Eine Exzision nach BEMA-Nr. 50 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Operationsgebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig.[1143]

Handelt es sich um getrennte Operationsgebiete, so kann die Exz2 auch mehrmals je Kiefer abgerechnet werden.[1144]

8.30.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Bei den Exzisionen handelt es sich um Leistungen, die statistisch in Relation zu den hierfür notwendigen **Anästhesien** gewichtet werden müssen. Ferner können weitere **Nachbehandlungen** (BEMA-Nr. 38 oder Nr. 46) erforderlich sein. Auch eine **Röntgendiagnostik** kann medizinisch notwendig sein.

8.30.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die Exz2 ist beispielsweise **nicht abrechnungsfähig** in folgenden Fällen:

- Probe-Exzisionen (GOÄ-Nrn. 2401, 2402),
- Exzision einer größeren Geschwulst (GOÄ-Nr. 2404),
- Entfernung eines Schlotterkammes (BEMA-Nr. 57),
- Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe (BEMA-Nr. 49),
- Aufmeißelung und Ausräumung der Stirnhöhle bzw. der Kieferhöhle oder des Siebbeinlabyrinths von außen (GOÄ-Nr. 1485).[1145]

[1141] Exzision (wörtlich: „Ausschneidung") einer Schleimhautwucherung ist die teilweise oder vollständige Entfernung eines gewucherten Weichgewebebezirks. Unter einer Wucherung versteht man eine lokale, übersteigerte Neubildung von Gewebe, verbunden mit einer lokalen Zunahme dieses Gewebes.

[1142] Vgl. zur Erläuterung der verschiedenen Begriffe *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 50, S. 5 ff., Nr. 1.

[1143] Abr.-Best. Nr. 1 zu BEMA- Nr. 50.

[1144] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA- Nr. 50.

Wird eine systematische Behandlung von Parodontopathien entsprechend dem BEMA Teil 4 durchgeführt, so sind für die **parodontal-chirurgischen Maßnahmen** die BEMA-Nrn. P 200 – P 203 und nicht die BEMA-Nr. 50 abrechenbar. Dies gilt ebenso für diejenigen Fälle, in denen eine **Therapieergänzung** in Form eines offenen chirurgischen Vorgehens (P 202, P 203) durchgeführt wurde.[1146]

8.30.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Die Entfernung des neu gebildeten Gewebes ist medizisch indiziert, wenn es den Patienten in ästhetischer oder funktioneller Hinsicht stört bzw. falls aufgrund der Gewebezunahme **Komplikationen** auftreten können. Ferner ist die Exzision indiziert, sobald die Gewebezunahme ein **Hindernis** für eine **regelgerechte zahnärztliche Weiterbehandlung** darstellt. Um Sicherheit über die Struktur des gewucherten Gewebes zu schaffen, ist es ratsam, eine **histologische Untersuchung** vornehmen zu lassen.[1147]

8.30.3.1. Behandlung einzelner isolierter Parodontal-Erkrankungen

In der Praxis bestehen immer wieder Schwierigkeiten bei der Abrechnung parodontal-chirurgischer Eingriffe, die aufgrund **einzelner isolierter parodontaler Erkrankungen** ohne entsprechende Behandlung zum Verlust der Zähne führen würden.

Grundsätzlich müsste in solchen Fällen eine **systematische Par-Behandlung** mit allen Konsequenzen durchgeführt werden. Eine solche Par-Behandlung ist jedoch **meist zu aufwendig**. Eventuell sind auch sonstige Voraussetzungen für eine systematische Par-Behandlung nicht erfüllt oder das Restgebiss ist bei einer isolierten parodontalen Erkrankung nicht behandlungsbedürftig. In diesen Fällen ist die Abrechnung der BEMA-Nr. 50 für solche **einzelnen parodontal-chirurgischen Maßnahmen** wirtschaftlich, da hierdurch die Kosten der sehr aufwendigen Diagnostik und Planung einer systematischen Par-Behandlung (Par-Status, Rö-Status usw.) entfallen.

1145 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 50, S. 3.
1146 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 50, S. 8, Nr. 2.1.1.
1147 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 50, S. 5, Nr. 1.

Für die **Abrechnung der BEMA-Nr. 50** müssen in solchen Fällen folgende **Voraussetzungen** gegeben sein:

- Der Leistungsinhalt einer P 200 – P 203 muss in vollem Umfang in selbstständiger Sitzung unabhängig von Präparationssitzungen für Kronen oder Zahnersatz erbracht werden,
- nach dem Eingriff müssen die für Par-Behandlungen üblichen und notwendigen Ausheilungszeiten eingehalten werden,
- es muss sich um wenige, einzelne Zähne (Parodontien) handeln,
- keinesfalls darf mit dieser Abrechnungsmöglichkeit die systematische Par-Behandlung umgangen werden,
- am selben Zahn darf nicht gleichzeitig eine andere chirurgische Maßnahme durchgeführt werden.

In einigen KZV-Bereichen ist die **Analogberechnung** der **BEMA-Nr. P 200** und **P 203** möglich.[1148] Ergibt sich bei den regelmäßig stattfindenden Nachsorgeuntersuchungen hinsichtlich des parodontalen Gesundheitszustandes **erneut die Notwendigkeit** einer einzelnen parodontal-chirurgischen Intervention, kann für diese Exzision die BEMA-Nr. 50 abgerechnet werden.[1149] Es darf sich jedoch **nicht** um eine **Therapieergänzung** handeln.

8.30.3.2. Weitere Einwendungen

Die Exzision nach BEMA-Nr. 50 wird **nur** von **etwa 50 %** der Zahnärzte erbracht. Zur Gewährleistung einer gerechten Beurteilung der Behandlungsweise des geprüften Zahnarztes sollte daher die Statistik um diese so genannten „Null-Abrechner" bereinigt werden.

Neben der Exzision nach BEMA-Nr. 50 gibt es artverwandte, meist **höher bewertete Leistungen**, wobei die Abgrenzungen schwierig sein können (z.B. Probe-Exzision, Exzision einer größeren Geschwulst, Entfernung eines Schlotterkamms). Diese Leistungen können möglicherweise durch die BEMA-Nr. 50 **kompensatorisch eingespart** werden. Erbringt ein Zahnarzt weniger systematische Par-Behandlungen und beschränkt er sich stattdessen im Rahmen des diagnostischen Spielraums auf die Behandlung einzelner besonders geschädigter Parodontopathien, könnten hierdurch im Einzelfall **teure und aufwendige Par-Behandlungen eingespart** werden.

[1148] Vgl. ausführlich zur Abrechnung der BEMA-Nr. 50 im Zusammenhang mit paradontal-chirurgischen Maßnahmen *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 50, S. 7 ff., Nr. 2.1.1.

[1149] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 50, S. 8, Nr. 2.1.1.

8.31. BEMA-Nr. 105 (Mu)

Leistungsbeschreibung:

Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringen von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen

- je Sitzung

Abrechnungsbestimmungen:

Die Behandlung von Prothesendruckstellen kann erst drei Monate nach der Eingliederung der Prothese abgerechnet werden. Gleiches gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.[1150]

8.31.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Eine Ursache für eine lokale Mundschleimhauterkrankung[1151] ist häufig eine „**scharfe Kante**“ im weitesten Sinne, die mit einer sK (BEMA-Nr. 106) beseitigt werden muss. Ein weiterer Grund für eine Mundschleimhauterkrankung kann beispielsweise **Zahnstein** sein, der zunächst nach BEMA-Nr. 107 entfernt werden muss. Insoweit können zu diesen Leistungen direkte zahlenmäßige Korrelationen bestehen.

8.31.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die Mundbehandlung nach BEMA-Nr. 105 ist eine **schwer kontrollierbare**, leicht vermehrbare Leistung, die zum Zeitpunkt der Prüfung nicht mehr nachprüfbar ist. Da sie nicht zwingend auf einer medizinischen Notwendigkeit beruhen muss, wird sie unter Umständen besonders kritisch begutachtet. Eine überdurchschnittlich häufige Abrechnung dieser Position könnte eine ungerechtfertigte und damit unwirtschaftliche Leistungsausweitung bedeuten.

Die Mundbehandlung nach BEMA-Nr. 105 muss in jedem Behandlungsfall **medizinisch indiziert** sein, wobei auch die Beurteilung der Indikationsstellung der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt.

[1150] Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 105.

[1151] Alle Erkrankungen, die eine Veränderung der Mundschleimhaut verursachen, werden als Mundschleimhauterkrankung bezeichnet.

8.31.2.1. Nicht jede Munderkrankung ist behandlungsbedürftig

Nicht jede leichte Munderkrankung bedingt eine Mundbehandlung nach BEMA-Nr. 105. So kann beispielsweise eine leichte Gingivitis in vielen Fällen durch **zumutbare Mundhygiene** des Patienten geheilt werden. Denn soweit die Vorschriften über die Verordnungen von Bagatell-Arzneimitteln[1152] nicht entgegenstehen, kann der Zahnarzt zur häuslichen Anwendung ein entsprechendes Medikament verordnen, welches durchaus wirtschaftlicher sein kann.[1153]

Das Prüfgremium könnte dem Zahnarzt daher möglicherweise vorwerfen, dass er zu wenig Einfluss auf die Mitwirkung seiner Patienten durch häusliche Mundpflege genommen habe.[1154] So hat der Zahnarzt den Patienten in allen Therapiephasen über die **Notwendigkeit der aktiven Mitwirkung** zu informieren. Die Mitwirkung besteht darin, dass sich der Patient nach seinen individuellen Möglichkeiten aktiv bemüht, exogene und endogene Risikofaktoren zu reduzieren, an den notwendigen Behandlungsterminen teilzunehmen und eventuell eingesetzte Therapiemittel indikationsgerecht anzuwenden.[1155]

8.31.2.2. Abrechnungsvoraussetzung

Die Abrechnung der BEMA-Nr. 105 setzt eine Behandlung mit Hilfe von **Medikamenten** voraus. Bei **mehr als 5 Behandlungen** ist eine **Angabe der Diagnose** erforderlich.[1156]

Die Mundbehandlung nach BEMA-Nr. 105 ist **nicht** für **Nachbehandlungen** nach einem chirurgischen Eingriff abrechnungsfähig. Diese werden nach BEMA-Nr. 38 (N) abgerechnet.[1157]

[1152] Vgl. § 34 I Nr. 2 SGB V (Mund- und Rachentherapeutika). Nicht verschreibungspflichtige Mund- und Rachentherapeutika können lediglich bei bis zu 12-Jährigen ohne Einschränkung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, bei entwicklungsverzögerten Jugendlichen dagegen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

[1153] Vgl. *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 122.

[1154] *Raddatz* (I), WKR 6.7 – S. 401; LSG Bayern, Urt. v. 16.7.1980 – L 12 KA 34/78 –.

[1155] So auch B.V.4. der Behandlungsrichtlinien.

[1156] Auch das SG Hannover bestätigte die Berichtigung der BEMA-Nr. 105, da der Zahnarzt in seiner Kartei weder eine Diagnose noch das verabreichte Medikament angegeben hatte. Das Erfordernis, erst ab der 6. Behandlung die Diagnose anzugeben, entbinde den Zahnarzt nicht von der Pflicht, den Behandlungsablauf und den Behandlungsgrund so zu dokumentieren, dass dieser sowohl für die KZV als auch für die Krankenkassen nachvollziehbar ist, vgl. SG Hannover Urt. v. 22.05.1985 – S 21 KA 90/83 –; vgl. zur Dokumentationspflicht auch Kap. 6.9.2, S. 134 ff.

[1157] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 105, S. 6, Nr. 2.1.

Die **Mu** darf – mit Ausnahme der Beseitigung von Druckstellen - **nicht** während einer **systematischen Parodontose-Behandlung** abgerechnet werden. Entsprechende Maßnahmen sind mit den Leistungen nach BEMA-Nrn. P 200 – P 203 abgegolten.

8.31.2.3. Keine Mundschleimhautbehandlung neben Zahnsteinentfernung

Meist genügt die Zahnsteinentfernung, um leichte Arten von Mundschleimhauterkrankungen zum Abklingen zu bringen.[1158] Diese Leistung sollte daher zuerst erfolgen.[1159] Eine **Mundschleimhautbehandlung** im unmittelbaren Zusammenhang **mit** einer **Zahnsteinentfernung** sollte daher eine **Ausnahme** sein, weil das Zahnfleisch zunächst der **Selbstheilung** zu überlassen ist.[1160]

Müsste der Patient die Zahnsteinentfernung als **Privatleistung** bezahlen (weil im laufenden Kalenderjahr der Zahnstein bereits entfernt wurde)[1161] und verweigert er dies, wäre die alleinige medikamentöse Mundschleimhautbehandlung in einem solchen Fall nicht wirtschaftlich, da die Ursache nicht beseitigt ist. In diesem Fall würde lediglich der Schmerz für eine kurze Zeit unterdrückt werden.[1162]

8.31.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.31.3.1. Behandlung nach den Behandlungsrichtlinien

Die **Behandlung von Erkrankungen der Mundschleimhaut** gehört nach den Behandlungsrichtlinien zur vertragszahnärztlichen Versorgung.[1163] Die **Gesunderhaltung** der Mundschleimhaut ist **Grundlage** aller Hygienemaßnahmen in der Mundhöhle. Nur eine gesunde Mundschleimhaut lässt auch eine entsprechende Sanierung des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs zu.

Die **Notwendigkeit** zur Behandlung einer Mundschleimhauterkrankung besteht beispielsweise in den folgenden Fällen:

[1158] *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 402 – 404; LSG Bayern, Urt. v. 16.07.1980 – L 12 KA 34/78 -.
[1159] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 105, S. 6, Nr. 2.1.
[1160] *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 402 – 404; vgl. auch LSG Hessen, Urt. v. 08.12.1976 – L 7 KA 951/75 -.
[1161] Bis 31.12.2003 war die Abrechnung einmal pro Quartal, in Ausnahmefällen sogar zweimal pro Quartal möglich. Seit 01.01.2004 ist die Abrechnung der BEMA-Nr. 107 auf einmal pro Jahr begrenzt.
[1162] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 121.
[1163] B.VI.1. der Behandlungsrichtlinien.

- Beseitigung von Schmerzen,
- Verhinderung von Reizen, die sich schädlich auf die Nachbargewebe auswirken können,
- Allgemeinerkrankungen, die sich auf dieser Basis manifestieren,
- Erhaltung der Funktionstüchtigkeit von Zahnersatz,
- Beseitigung von Mundgeruch,
- Vermeidung einer malignen (bösartigen) Veränderung.[1164]

Eine Behandlung nach BEMA-Nr. 105 kann vor allem **bis zum Beginn der systematischen Par-Behandlung** notwendig sein. [1165] Die Leistung nach BEMA-Nr. 105 ist auch bei einer **Dentitio difficilis** ohne chirurgische Maßnahme möglich.[1166]

Die **lokale Therapie** (Aufbringen von Salben, Cremes o.ä.) kann bei behandlungsbedürftigen Mundschleimhauterkrankungen häufig notwendig sein. Im Rahmen eines **Notdienstes** darf die Behandlung von Prothesendruckstellen auch innerhalb der Drei-Monats-Frist abgerechnet werden.[1167]

8.31.3.2. Weitere Einwendungen

Die Leistungsbeschreibung lässt erwarten, dass die Mu **häufig** bei Patienten mit **herausnehmbaren Prothesen** erforderlich wird. Diese Versorgungsform ist heute noch in der Altersklasse „über Fünfzig“ oftmals notwendig. Demzufolge kann im Falle einer statistischen Überschreitung mit der **Altersstruktur des Patientenklientels** oder mit der **Anzahl der Prothesenträger** argumentiert werden.

Möglicherweise erkennt das Prüfgremium auch die Behandlung einer **bisher unterversorgten Bevölkerung** als **Praxisbesonderheit** an (z.B. Neu-Niederlassung in einem unterversorgten Gebiet). [1168]

Wird durch eine systematische **Parodontose-Behandlung** die klinische Situation des Parodonts nachhaltig verbessert, können **kompensatorisch Mu eingespart** werden. Eine sorgfältige Mundbehandlung dient auch der **Zahnerhaltung**.

[1164] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 105, S. 5 ff., Nr. 1.2.

[1165] Vgl. zur BEMA-Nr. 105 im Zusammenhang mit einer systematischen Behandlung von Pardontopathien *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 105, S. 7, Nr. 2.2.

[1166] Vgl. hierzu auch *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 105, S. 7, Nr. 2.3.

[1167] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 121.

[1168] *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 401; so auch SG Frankfurt, Urt. v. 26.04.1978 – S 5 KA 26/76 –. Der geprüfte Zahnarzt war allerdings in der Folgezeit mit den Mundbehandlungen statistisch auch nicht mehr auffällig.

8.32. BEMA-Nr. 106 (sK)

Leistungsbeschreibung:

Beseitigung scharfer Kanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches
- je Sitzung

Abrechnungsbestimmungen:

Die Beseitigung von störenden Prothesenrändern kann erst drei Monate nach der Eingliederung oder der Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit der Prothese abgerechnet werden.[1169]

8.32.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Nach der Beseitigung der Ursache von Schleimhautirritationen ist es medizinisch oftmals sinnvoll, die Heilung durch eine **lokale Mundschleimhautbehandlung** (BEMA-Nr. 105) zu beschleunigen. Ferner kann nach dem Beseitigen von Zahnkanten eine **lokale Fluoridierung** (BEMA-Nr. 10 [üZ]) medizinisch sinnvoll sein. Insoweit können zu diesen Leistungen direkte zahlenmäßige Korrelationen bestehen.

8.32.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die BEMA-Nr.106 (sK) ist eine **schwer kontrollierbare**, leicht vermehrbare Leistung, die zum Zeitpunkt der Prüfung nicht mehr nachprüfbar ist. Da sie nicht zwingend auf einer eindeutigen Notwendigkeit beruht, wird sie deshalb unter Umständen besonders kritisch begutachtet. Eine statistisch auffällige Abrechnung dieser Position könnte eine ungerechtfertigte und damit unwirtschaftliche Leistungsausweitung bedeuten.

8.32.2.1. Leistungsbegrenzung / Leistungsausschluss

Mit der BEMA-Nr. 106 sind **alle** entsprechenden Maßnahmen **in einer Sitzung** abgegolten. Aus diesem Grund sind - unter dem Gesichtspunkt einer wirtschaftlichen Behandlungsweise - alle vorhandenen scharfen Zahnkanten in einer Sitzung

[1169] Abr.-Best. Nr. 2 zu BEMA-Nr. 106.

zu entfernen, so dass die BEMA-Nr. 106 in der Regel im Behandlungsfall nur einmal abgerechnet werden kann.[1170] Es wäre daher unwirtschaftlich, wenn der Patient beispielsweise zur Politur vier alter Füllungen mehrfach einbestellt würde.[1171] Hier gelten ähnliche Überlegungen wie bei den Leistungen nach BEMA-Nr. 10 und Nr. 105.

Die Leistung nach BEMA-Nr. 106 kann **nicht** ersatzweise für die Entfernung von **Zahnstein** abgerechnet werden. Zahnstein ist auch nicht unter „Ähnliches" in der Leistungslegende zu subsumieren.[1172]

Die BEMA-Nr. 106 kann für **Füllungspolituren** an **neuen** Füllungen nicht abgerechnet werden, da die **Politur** mit der jeweiligen Leistung nach BEMA-Nrn. 13a-g **abgegolten** ist.

Der Einwand des Zahnarztes, er führe sowohl während der Hygienephase einer zahnärztlichen Behandlung als auch während der Betreuungsphase regelmäßig **Okklusionskontrollen** durch und würde die Zähne - falls erforderlich - leicht einschleifen, stellt **keine Praxisbesonderheit** dar, die beispielsweise einen dreifachen Ansatz der BEMA-Nr. 106 rechtfertigen könnte.[1173]

Seit 01.01.2004 ist die BEMA-Nr. 106 **nicht** mehr für **Ätzungen flächenhafter Milchzahn-Karies** abrechenbar, da dies **medizinisch obsolet** ist.[1174]

8.32.2.2. Artikulationsausgleich / Entlastungstherapie

Ein **ähnlicher Leistungsinhalt** wie die sK wird im Bereich **Zahnersatz** mit der BEMA-Nr. 89 und im Bereich **Paradontologie** mit der BEMA-Nr. 108 beschrieben, weshalb insoweit entsprechend abzugrenzen ist: Das Beschleifen von Zähnen als Entlastungstherapie im Rahmen einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist nach **BEMA-Nr. 108** über Par-Status abzurechnen.[1175] Das Einschleifen im Gegenkieferbereich bei der Anfertigung von Zahnersatz ist als **BEMA-Nr. 89** abzurechnen.[1176]

Auch bei dieser Position ist die **Dokumentationspflicht** zu beachten.

[1170] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 106, S. 6, Nr. 2.1.
[1171] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 124; *Raddatz* (I), WKR 6.7 - S. 405 – 408.
[1172] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 123.
[1173] LSG Bayern, Urt. v. 20.09.2000 – L 12 KA 511/99 -.
[1174] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 106, S. 8, Nr. 2.1.5.
[1175] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 106, S. 8, Nr. 2.1.4.
[1176] Vgl. zum Artikulationsausgleich für Prothetik *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 106, S. 8, Nr. 2.1.3.

8.32.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

8.32.3.1. Indikation

Die BEMA-Nr. 106 umfasst das Entfernen „scharfer Kanten“ oder das Entfernen von Rändern an Zähnen, Füllungen, Prothesen oder Ähnlichem. Eine **langfristige Gesunderhaltung** der Zähne, des Zahnhalteapparates und der Weichgewebe im Mund kann nur dadurch erreicht werden, dass **möglichst alle Reize und Störungen** des normalen physiologischen Gleichgewichtes **erkannt** und **beseitigt** werden.

So kann beispielsweise eine über den Zahn **hinausstehende Füllung** oder **Krone** die Ansammlung von schädlichen Bakterien (Plaque) fördern und unterhalten. Neben dem hierdurch bedingten **erhöhten Kariesrisiko** verursachen die Bakterientoxine in Kombination mit den körpereigenen Abwehrmaßnahmen die allmähliche Zerstörung der parodontalen Stützgewebe. Ein **Zahnausfall** kann Folge dieser fortschreitenden Prozesse sein.[1177]

Auch **störende Prothesenränder** verursachen häufig schmerzhafte Druckstellen und können eine irreversible **Schädigung** der parodontalen Gewebe bzw. des Prothesenlagers verursachen, wenn sie nicht beseitigt werden. Sofern eine **Kürzung von Prothesenrändern** oder Ähnlichem erfolgt und gleichzeitig eine medikamentöse Behandlung eines Druckgeschwürs (Decubitus) durchgeführt wird, ist die BEMA-Nr. 105 zusätzlich abrechnungsfähig.[1178]

Im Rahmen eines **Notdienstes** kann die Beseitigung von störenden Prothesenrändern auch innerhalb der Drei-Monats-Frist abgerechnet werden.[1179]

8.32.3.2. Weitere Einwendungen

Die Leistungsbeschreibung lässt erwarten, dass die sK **häufig** bei **Patienten** mit **herausnehmbaren Prothesen** erforderlich wird. Diese Versorgungsform ist heute noch in der Altersklasse „über Fünfzig“ oftmals notwendig. Demzufolge kann im Falle einer statistischen Überschreitung mit der **Altersstruktur des Patientenklientels** oder mit der **Anzahl der Prothesenträger** argumentiert werden.

Aufgrund der **Einwirkung der Mundverhältnisse** verändert sich im Laufe der Zeit die Oberfläche von Füllungen aus plastischem Füllmaterial. In diesen Fällen ist eine **Nachpolitur** erforderlich, um wieder eine einwandfreie Oberfläche und

---

[1177] Vgl. zur Indikation *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 106, S. 6, Nr. 1.2.

[1178] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 106, S. 5, 7 ff., Nr. 2.1.2. ausführlich zum Schleifen an Prothesen; a.A. SG München, Urt. v. 24.09.1981 – S 33 KA 175/80 Z -.

[1179] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 121.

einen guten Randschluss herzustellen. Denn das plastische Füllmaterial kann zunehmend rauer werden, weshalb es nach längerer Lebensdauer zu einer weitreichenden Veränderung der Füllungsoberfläche kommen kann. Nicht immer ist in solchen Fällen deshalb eine neue Füllung indiziert. Besonders unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Behandlungsweise ist die Erneuerung der Füllung kritisch zu überprüfen. Durch die **Rekonturierung** kann ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung der Füllungsqualität geleistet werden. Im Laufe der Zeit hat es sich daher eingebürgert, die **Politur** von **„alten" Füllungen** als **sK** abzurechnen.[1180]

Wird mit einer sK eine „alte" Füllung poliert oder rekonturiert und so wieder in optimalen Zustand gebracht, kann damit häufig die **Neuanfertigung einer Füllung kompensatorisch eingespart** werden.

[1180] Vgl. ausführlich zur Problematik „Rekonturieren und Nachpolieren alter Füllungen" und deren Abrechenbarkeit *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 105, S. 6 ff., Nr. 2.1.1.

8.33. BEMA-Nr. 107 (Zst)

Leistungsbeschreibung:

Entfernen harter Zahnbeläge
- je Sitzung

Abrechnungsbestimmungen:

Die Entfernung harter Zahnbeläge ist einmal pro Kalenderjahr abrechnungsfähig.[1181]

8.33.1. Verhältnis zu anderen Leistungen

Eine **Anästhesie** zur Zahnsteinentfernung sollte eine seltene Ausnahme sein.[1182]

Eine **Mundschleimhautbehandlung** im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Zahnsteinentfernung ist in der Regel medizinisch nicht erforderlich, weil hier das Zahnfleisch erst einmal der Selbstheilung überlassen bleiben sollte.[1183]

8.33.2. Möglicher Vorwurf durch die Prüfgremien

Die BEMA-Nr. 107 ist eine **schwer kontrollierbare Leistung**, die zum Zeitpunkt der Prüfung nicht mehr nachprüfbar ist. Da sie nicht zwingend auf einer eindeutigen Notwendigkeit beruht, wird sie deshalb unter Umständen besonders kritisch begutachtet. Nach der **BEMA-Änderung** und einer Leistungsbegrenzung auf **einmal pro Jahr** dürfte diese Leistung allerdings kaum noch Inhalt einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sein.[1184]

Lediglich die **Entfernung harter Zahnbeläge**, die der Patient nicht mehr selbst entfernen kann, ist Leistungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung und kann nach BEMA-Nr. 107 abgerechnet werden. Dagegen fällt die **Entfer-**

[1181] Abr.-Best. zu BEMA-Nr. 107. Bis 31.12.2003 war die Abrechnung einmal pro Quartal, in Ausnahmefällen sogar zweimal pro Quartal möglich.

[1182] Vgl. zur Schmerzausschaltung bei Zahnsteinentfernung *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 107, S. 7, Nr. 2.3. Seit 01.01.2004 wurde die Oberflächenanästhesie aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen und kann daher nur als Privatleistung in Rechnung gestellt werden.

[1183] Vgl. zur Parallelabrechnung von BEMA-Nr. 107 u. Nr. 105 *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 107, S. 7, Nr. 2.2.

[1184] Diese neue Abrechnungsbestimmung gilt seit 01.01.2004.

nung von weichen Belägen nicht unter den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die BEMA-Nr. 107 ist auch nicht abrechnungsfähig für die Säuberung von Prothesen, Brückengliedern und Implantaten.[1185]

8.33.3. Mögliche Einwendungen des Zahnarztes

Das **Entfernen von harten verkalkten Belägen** gehört nach den Behandlungsrichtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen **zur vertragszahnärztlichen Versorgung**.[1186]

Vor Beginn einer **systematischen Par-Behandlung** ist die Entfernung harter Zahnbeläge im Rahmen der Vorbehandlung angezeigt und kann nach BEMA-Nr. 107 abgerechnet werden.[1187] Wurde der Zahnstein bei diesem Patienten im laufenden Jahr bereits entfernt, muss der Patient aufgrund der geänderten Abrechnungsbestimmung die erforderliche Zahnreinigung **privat** bezahlen.[1188] **Während** und **im Zusammenhang** mit dieser systematischen Par-Behandlung kann die BEMA-Nr. 107 jedoch nicht abgerechnet werden, da diese Leistungen bereits mit den **BEMA-Nrn. P 200 – P 203** abgegolten sind.[1189]

Durch eine Zahnreinigung wird eine **erhebliche Reduktion der Keimflora** in der Mundhöhle erreicht. Ferner können durch die Entfernung der Beläge als vorbereitende Maßnahme bei zahnärztlichen chirurgischen Eingriffen **Wundheilungsstörungen vermindert** werden.[1190]

Die regelmäßige Entfernung harter Zahnbeläge kann dazu beitragen, **Schäden an der Zahnhartsubstanz zu vermeiden** bzw. frühzeitig zu entdecken und **Parodontalerkrankungen zu verhindern**.

Ebenso kann mit einer häufigen Zahnsteinentfernung die Erwartung verbunden sein, durch diese Behandlungsweise sonst notwendige **Mundbehandlungen einzusparen**.[1191]

[1185] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 107, S. 6 ff., Nr. 2.1.

[1186] B.VI.1. der Behandlungsrichtlinien.

[1187] B.V.1. der Behandlungsrichtlinien.

[1188] Weigert sich der Patient, so müsste der Zahnarzt die weitere Behandlung ablehnen, da diese dann nicht ordnungsgemäß erbracht werden kann, vgl. *Oehler*, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 186.

[1189] *Liebold/Raff/Wissing*, BEMA-Nr. 107, S. 8, Nr. 2.4.

[1190] *Oehler*, BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 125.

[1191] Vgl. LSG Hessen, Urt. v. 8.12.1976 – L 7 KA 951/75 –. Diese Zusammenhänge bestehen weiterhin, werden jedoch im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nur noch für Altfälle Bedeutung haben.

8.34. Parodontose-Behandlung

8.34.1. Wirtschaftlichkeitsprüfung und Genehmigung

Auch die Parodontose-Behandlung unterliegt der Wirtschaftlichkeitsprüfung.[1192] Da die Parodontoseleistungen jedoch der vorherigen Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse bedürfen, kann dem Zahnarzt in diesen Fällen nicht vorgeworfen werden, er nehme eine allzu großzügige Indikationsstellung für solche Leistungen an und arbeite somit unwirtschaftlich. Die **Genehmigungsbedürftigkeit** der Leistungen führt dazu, dass die genehmigte Behandlung **nachträglich nicht mehr als unwirtschaftlich** bewertet werden kann.[1193] Denn die Krankenkasse hat jederzeit das Recht, **vor** Erteilung der **Genehmigung** ein **Gutachterverfahren** einzuleiten.[1194]

Nur wenn und soweit die Genehmigung zugleich gewisse Freiräume bei der Behandlung lässt, unterliegt die Durchführung der Behandlung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.[1195]

8.34.2. Einhaltung der Par-Richtlinien

So ist beispielsweise die **Einhaltung der Wartefrist** und die tatsächliche **Durchführung der Vorbehandlung** nicht von der Genehmigung erfasst, weshalb insoweit durchaus eine **Wirtschaftlichkeitsprüfung** erfolgen kann.[1196] Ist die Par-Behandlung aus medizinischer Sicht nur nach der erforderlichen Vorbehandlung und nach Ablauf der Wartefrist aussichtsreich, so ist die Behandlung auch nur unter diesen Voraussetzungen wirtschaftlich.[1197]

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts obliegt den für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zuständigen Gremien die Entscheidung, ob eine Parodontose-Behandlung den dazu ergangenen Richtlinien[1198] entspricht oder ob aufgrund einer

---

[1192] BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a RKa 4/92 –; vgl. hierzu bereits Kap. 3.9.3, S. 64 ff.; vgl. auch *Stelzl*, MedR 1999, S. 173 ff.

[1193] BSG, Urt. v. 20.05.1992 – 14/9 KA 9/90 -; LSG Bad.-Württ., Urt. v. 08.05.2002 – L 5 KA 5/02 -.

[1194] Vgl. Anlage 9 zum BMV-Z.

[1195] LSG Bad.-Württ., Urt. v. 08.05.2002 – L 5 KA 5/02 -.

[1196] BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a RKa 4/92 –.

[1197] BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a / 6 RKa 17/90 –.

[1198] Allgemeine Behandlungsrichtlinie vom 04.06.2003 in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung.

Verletzung dieser Richtlinien die Behandlung nicht abrechnungsfähig ist.[1199] Die **Prüfgremien** – nicht die KZV - prüfen somit bei der Frage der Wirtschaftlichkeit einer Par-Behandlung die **Einhaltung der Par-Richtlinien**, da deren Inhalt eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellt.[1200]

Wird ein Verstoß gegen die Par-Richtlinien festgestellt, braucht das Prüfgremium nicht in jedem Einzellfall die unwirtschaftliche Behandlung zu beweisen. Der Zahnarzt kann jedoch einwenden, dass die Richtlinien ganz oder teilweise dem Gesetz widersprechen, dem gegenwärtigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr entsprechen oder ein Ausnahmefall vorgelegen hat.[1201]

8.34.3. Typische Beanstandungen der Prüfgremien

- Die zur Befunderhebung notwendigen **Modelle**[1202] und **Röntgenaufnahmen** werden gar nicht oder erst später angefertigt.
- Die **Vorbehandlung** fehlt oder ist unzureichend.
- Die nach den vertraglichen Bestimmungen erforderliche **Reaktionszeit** wird nicht abgewartet; der Par-Status ist erst zwei bis drei Wochen nach Abschluss der Vorbehandlung zu erstellen.
- Der **Par-Status** wird bereits zu Beginn oder während der Behandlung ausgestellt.
- Mit den chirurgischen Behandlungsmaßnahmen (P 200) wird bereits vor der **Rücksendung des bewilligten Par-Status** begonnen, obwohl kein Schmerzfall vorliegt.
- Leistungen der **BEMA-Nrn. 105 und 107**, die während und im Zusammenhang mit der systematischen Par-Behandlung erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig; diese Leistungen sind **nur** im Rahmen einer **Vorbehandlung** abrechenbar.
- Der **Zahnersatz** wird bereits **vor Beginn** der notwendigen Par-Behandlung eingegliedert.
- Der **Par-Status** wird bereits **vor Beendigung** der Behandlung abgerechnet.

[1199] BSG, Urt. v. 31.07.1991 – 6 RKa 20/90 –; BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a RKa 4/92 –. Dieser Grundsatz ist jedoch nicht auf die Zahnersatzrichtlinien übertragbar, vgl. LSG Bayern, Urt. v. 28.11.2001 – L 12 KA 509/99 -.

[1200] BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 17/90 -; vgl. hierzu auch Kap. 3.1.3, S. 34 ff.

[1201] BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a RKa 4/92 –.

[1202] Dies ist lediglich noch für Altfälle von Bedeutung.

- Leistungen der **BEMA-Nrn. 108, 111 und P 200** werden **routinemäßig** abgerechnet (keine Kontrolle, welche Behandlungsmaßnahmen im Einzelnen durchgeführt werden).[1203]
- Die Par-Behandlung wird **ohne Anästhesien** oder lediglich mit Oberflächenanästhesien[1204] durchgeführt.

Im Zusammenhang mit diesen Vorwürfen könnte es auch zu Kürzungen der begleitenden **Anästhesie- und Röntgenleistungen** kommen. Denn war die eigentliche Hauptleistung (hier die Par-Behandlung) unwirtschaftlich, gilt dies auch für die vorbereitenden und begleitenden Nebenleistungen.[1205]

8.34.4. Notwendige Begleitleistungen

Da neben den genehmigten Leistungen für die Zahnersatz- bzw. Parodontose-Behandlung noch ergänzende **Begleitleistungen** im konservierend-chirurgischen Bereich anfallen, ohne welche eine Behandlung lege artis nicht möglich ist, können diese Kosten als **Praxisbesonderheit** geltend gemacht werden.[1206] Zumindest sind die notwendigen Begleitleistungen bei der statistischen Auswertung zu berücksichtigen.

Es wird allerdings zu unterscheiden sein, inwieweit es sich bei den abgerechneten **konservierend-chirurgischen Leistungen** um **Grundleistungen** handelt, die jeder Zahnarzt im Rahmen seiner Behandlung durchführt (unabhängig davon, welche Behandlung er danach erbringt) oder inwieweit es sich um solche konservierend-chirurgischen Leistungen handelt, die als typischer Mehraufwand bei Zahnersatz und Parodontose-Behandlungen anfallen. Sofern dabei **kein typischer Minderaufwand** zu berücksichtigen ist, ist der im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt **erhöhte Mehraufwand** als **Praxisbesonderheit** zu berücksichtigen.[1207]

[1203] Vgl. *Ries/Schnieder/Großbölting*, S. 56.
[1204] Seit 01.01.2004 nicht mehr als Vertragsleistung abrechenbar.
[1205] BSG, Urt. v. 16.06.1993 – 14a RKa 4/92 –.
[1206] BSG, Urt. v. 22.05.1984 – 6 RKa 21/82 –. Hohe Fallzahlen bei umfangreichen systematischen Par-Behandlungen können als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden, vgl. LSG Bad.-Württ., Urt. v. 22.01.1986 – L 1 KA 2896/84 –.
[1207] LSG Bad.-Württ., Urt. v. 08.05.2002 – L 5 KA 5/02 -.

9 Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung

9.1. Keine Beanstandung

Der Prüfungsausschuss entscheidet nach Abschluss der Wirtschaftlichkeitsprüfung, ob der Vertragszahnarzt tatsächlich gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen gegebenenfalls zu treffen sind.[1208] Hierbei ist es auch möglich, dass das Prüfgremium eine **Unwirtschaftlichkeit** beim geprüften Zahnarzt **nicht feststellen** konnte.[1209]

Typischerweise ist dies der Fall, wenn etwaige Praxisbesonderheiten oder kausale Einsparungen sorgfältig und überzeugend dargelegt werden konnten. In diesem Fall ist vom Prüfungsausschuss **explizit festzustellen**, dass die Behandlungsweise ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich oder jedenfalls nicht unwirtschaftlich ist.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung kann ohne Beanstandungen beendet werden.

In aller Regel ist mit dieser Entscheidung das **Verfahren** auch **beendet**. Allerdings können sowohl die KZV als auch die Krankenkassen diesen Beschluss mit einem **Widerspruch** anfechten,[1210] um entgegen der Auffassung der Prüfgremien eine Honorarkürzung wegen angeblicher Unwirtschaftlichkeit durchzusetzen.

Eine solche Maßnahme ist dann vorstellbar, wenn die KZV oder die Krankenkassen die vom Zahnarzt vorgetragenen Umstände nicht für ausreichend befinden, um die vermutete Unwirtschaftlichkeit zu beseitigen. Möglich ist auch, dass die Prüfgremien - entgegen der vom Bundessozialgericht entwickelten Grundsätze zur Wirtschaftlichkeitsprüfung - zu Gunsten des Zahnarztes von einer Honorarkürzung abgesehen und damit zu Lasten der Krankenkassen entschieden haben.[1211]

[1208] § 106 Abs. 5 S. 1 SGB V.
[1209] Dieses Ergebnis ist insbesondere bei der Zufälligkeitsprüfung vorstellbar.
[1210] Vgl. zum Widerspruch Kap. 10.3, S. 299 ff.
[1211] Vgl. hierzu etwa BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -, dargestellt in Kap. 9.4.2, S. 286 ff.

9.2. Beratung des Zahnarztes

9.2.1. Bisherige Rechtslage

Stellt sich nach Abschluss des Prüfverfahrens heraus, dass eine unwirtschaftliche Behandlungsweise vorliegt, kann das Prüfgremium entsprechende Maßnahmen treffen. Dabei sollen **gezielte Beratungen** weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen.[1212] **Bislang** war es nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts allerdings zulässig, auch **ohne** derartige vorangegangene **gezielte Beratung** eine **Honorarkürzung** vorzunehmen, falls Überschreitungen im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses vorlagen, selbst wenn dies beim geprüften Arzt die erste Wirtschaftlichkeitsprüfung war.[1213]

Lediglich bei Überschreitungen **unterhalb** der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis wurde vom Bundessozialgericht vor der Honorarkürzung ein entsprechender Hinweis an den Arzt erwogen.[1214] Diese Rechtsprechung ist zu Recht kritisiert worden, da eine solche pauschale Betrachtungsweise im **Widerspruch** zur **gesetzgeberischen Wertung** stand.[1215]

9.2.2. Änderungen durch die Gesundheitsreform

Mit der Gesundheitsreform 2004 (GMG) hat die Beratung der Ärzte und Zahnärzte eine **besondere Aufwertung** erfahren. Der besondere Stellenwert der Beratung wurde dadurch zum Ausdruck gebracht, dass als Maßnahme zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit die Beratung **gleichberechtigt** neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung genannt wird.[1216]

Ferner sieht eine neu eingefügte Vorschrift vor, dass der **Prüfungsausschuss** in **erforderlichen Fällen** die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen **über Fragen der Wirtschaftlichkeit** und **Qualität** der Versorgung zu **beraten** hat.[1217]

[1212] § 106 Abs. 5 S. 2 SGB V.

[1213] BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -; vgl. ausführlich zu Systematik und Sinn der Beratungspflicht unter Ablehnung einer grundsätzlichen Beratungspflicht vor erstmaliger Honorarkürzung BSG, Urt. v. 19.06.1996 – 6 RKa 40/95 -.

[1214] BSG, Urt. v. 19.06.1996 – 6 RKa 40/95 -.

[1215] Vgl. etwa *Peikert*, S. 430.

[1216] § 106 Abs. 1 SGB V n.F.; vgl. zu den verschiedenen Auslegungsmöglichkeiten der Beratungspflicht *Quaas/Zuck*, S. 428, Rn. 45 – 47.

[1217] § 106 Abs. 1 a SGB n.F.: Nach der Gesetzesbegründung soll sich die Beratung insbesondere auf die Verordnung von Arzneimitteln beziehen, um den noch wesentlich schärferen Arzneimittelregress im Falle der Richtgrößenüberschreitung durch Bera-

Die Prüfungsausschüsse, die bisher nur für die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zuständig waren, erhalten mit der Neuregelung somit die **zusätzliche Aufgabe** der **Information** und **Beratung** der Ärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der medizinischen Versorgung.[1218] Zwar hatten die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen schon bisher das Recht und die Pflicht zur Information und Beratung der Ärzte. Entsprechende Aktivitäten waren in den vergangenen Jahren angeblich jedoch nur punktuell und wenig zielgerichtet erfolgt.[1219]

Den Prüfgremien obliegt eine besondere Beratungspflicht zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

9.2.3. Gebot der sorgfältigen Abwägung von Prüfmaßnahmen

Angesichts der ausdrücklichen Gesetzesänderung ist es fraglich, ob die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufrechterhalten werden kann. Denn die nunmehr erfolgte **Gleichstellung** von Beratung und Kürzung bzw. die **Vorrangstellung der Beratung** zwingt die Prüfungsausschüsse dazu, zwischen beiden Maßnahmen nach pflichtgemäßem Ermessen **sorgfältig abzuwägen** und zu entscheiden, ob nicht eine **Beratung** entsprechend der Gesetzesvorgabe **geboten und ausreichend** ist.[1220]

Eine vorherige Beratung sollte nach Ansicht der *Autorin* insbesondere erfolgen bei **erstmaliger Auffälligkeit** in einem Bereich, bei **erstmaliger Wirtschaftlichkeitsprüfung** und bei einer **Anfängerpraxis**.[1221] Freilich wird es auch hier stets auf die individuellen Umstände des konkreten Einzelfalls ankommen.

Die Prüfgremien haben etwaige Prüfmaßnahmen sorgfältig abzuwägen.

---

tung von den Ärzten abzuwenden. Der Gesetzeswortlaut bezieht sich allerdings hinsichtlich der Beratungspflicht explizit auch auf die „erbrachten" Leistungen, also die ärztliche und zahnärztliche Behandlung.

[1218] § 106 Abs. 1 a i.V.m. § 305 a SGB V. Das damit verbundene Wirtschaftlichkeitspotenzial sei erheblich und könne die gesetzliche Krankenversicherung finanziell entlasten – bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität der Versicherten, so die Gesetzesbegründung zu § 106 Abs. 1 SGB V, vgl. *SGB V Handbuch*, S. 171.

[1219] Der beherrschende Einfluss der Marketingaktivitäten der Hersteller, insbesondere von Arzneimitteln auf die Arzneimittelverordnungen der Ärzte, habe dadurch nicht tangiert werden können, vgl. Gesetzesbegründung in *SGB V Handbuch*, S. 172.

[1220] So auch *Dahm*, S. 75, Rn. 200.

[1221] Vgl. zur Klagebefugnis im Falle einer Beratung Kap. 10.4.4, S. 307 ff.

9.3. Vergleich zwischen Zahnarzt und Prüfgremium

9.3.1. Grundsätzliches

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung kann auch durch **Vergleich** beendet werden.[1222] In rechtlicher Hinsicht handelt es sich bei dem Vergleich um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag.[1223] Die rechtliche Beurteilung hat daher nach Maßgabe dieser Vorschriften zu erfolgen.

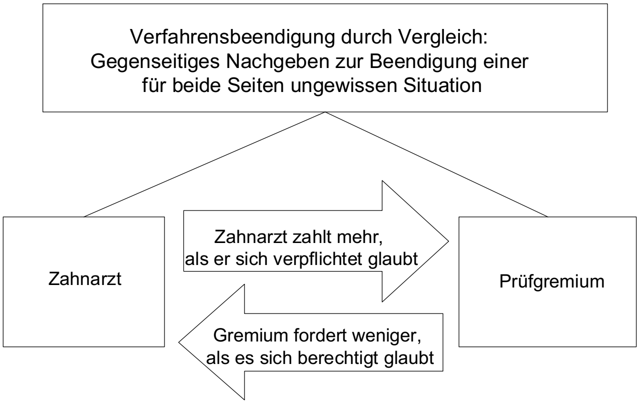


Abbildung 30

[1222] Der Grund für die Bereitschaft beider Seiten, das Verfahren durch Vergleich zu beenden, liegt zum einen in den Verfahrenskosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Diese übersteigen oftmals das Ergebnis der effektiven Honorarkürzung, weshalb das Prüfverfahren möglicherweise mehr einen psychologischen Effekt für die betroffenen Zahnärzte nach sich zieht, als eine tatsächliche Einsparung für die KZV oder die Krankenkassen. Auch der Vertragszahnarzt kann nicht viel gewinnen: Bei einem Streit durch die Instanzen liegen zwischen den beanstandeten Quartalen und der Gerichtsentscheidung oftmals mehrere Jahre, wobei das Verfahren auch dann noch nicht beendet ist. Vielmehr wird es typischerweise an den Beschwerdeausschuss oder an die vorherige Instanz zur Neubescheidung zurückverwiesen. Selbst wenn er möglicherweise das beanspruchte Honorar teilweise oder ganz zurückerhält – in jedem Fall unverzinst – hat das Geld entsprechend der Dauer des Verfahrens an Wert verloren und konnte für die Zeit des Verfahrens vom Zahnarzt auch nicht eingesetzt werden. Im Übrigen wird auch die psychische Belastung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen für die betroffenen Zahnärzte und Ärzte erheblich unterschätzt, vgl. hierzu auch *Reinhold*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 180, Rn. 592 ff.

[1223] I.S.d. §§ 53 ff. SGB X, vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -; vgl. auch *Engelmann,* in *von Wulffen,* §§ 53, 54 SGB X, Rn. 1 ff.

Zwar ist die Möglichkeit der Verfahrensbeendigung durch **Vergleich** in den speziellen Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nirgendwo explizit enthalten. Das **Bundessozialgericht** hat allerdings in einer neueren Entscheidung zur zahnärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung ausdrücklich die **Zulässigkeit** und Wirksamkeit eines zwischen dem Zahnarzt und den Prüfgremien geschlossenen Vergleiches **bestätigt**.[1224]

Die Auseinandersetzung kann auch durch Vergleich beendet werden.

Die Möglichkeit der nichtstreitigen Beendigung des Rechtsstreits durch einen Vergleich ist nicht nur **außergerichtlich**, sondern auch noch im **Gerichtsverfahren** möglich.[1225] Die nichtstreitige Beendigung des Verfahrens im Sozialgerichtsprozess ist Ausfluss der **Dispositionsmaxime** der Beteiligten, also ihrer Befugnis, über den mit der Klage geltend gemachten Anspruch materiell zu verfügen. Die nichtstreitige Beendigung ist in der Regel sinnvoll, das Gericht sollte darauf hinwirken.[1226]

In eine Vergleichsvereinbarung können auch **nicht rechtshängige Ansprüche** aufgenommen werden, etwa solche aus laufenden Prüfverfahren, selbst wenn diese noch beim Prüfungsausschuss anhängig sind und eventuell noch gar kein Prüfbescheid erlassen wurde.[1227]

Es können auch laufende Verfahren in den Vergleich einbezogen werden.

[1224] BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 8/03 R -; mit Anm. *Hess*, SGb 2005, S. 113 ff.; vgl. hierzu auch *Luckhaupt*, GesR 2004, S. 465 ff.
Seit der Gesundheitsreform 2004 ist vom Gesetzgeber inzwischen für Arzneimittelverordnungen die Möglichkeit einer „individuellen Richtgrößenvereinbarung“ vorgesehen: Diese ist verbunden mit dem Verzicht der KV auf einen Regress (trotz Überschreitung der Richtgrößen), sofern künftig eine individuell zwischen KV und Arzt vereinbarte Richtgröße eingehalten wird, § 106 Abs. 5 d SGB V n.F. Auch diese Vereinbarung stellt einen Vergleich dar.
Diese im vertragsärztlichen Bereich zugeschnittene Regelung lässt nach Ansicht des Bundessozialgerichts die Vorstellung des Gesetzgebers erkennen, dass Vereinbarungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht prinzipiell ausgeschlossenen seien. Im Übrigen entspricht dies ohnehin der seit Jahrzehnten geübten Praxis der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse, vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 8/03 R -.

[1225] § 101 SGG.

[1226] *Roller*, in Hk-SGG, § 101 Rn. 1. Es darf aber nicht der Eindruck entstehen, die Beteiligten seien in ihrer Entscheidung nicht frei, etwa weil das Gericht Druck ausübt oder die Beteiligten über die Vor- und Nachteile gegenüber einer streitigen Beendigung im Unklaren gelassen hat.

[1227] Die Einbeziehung von Prüfquartalen, für die zwar Prüfanträge gestellt, Entscheidungen des Prüfungsausschusses aber noch nicht ergangen sind, kann sachgerecht sein, wenn gleichartige Fragestellungen über mehrere Quartale hinweg zu behandeln sind und eine endgültige Klärung angestrebt wird, vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -.

9.3.2. Praktischer Verlauf des Vergleichsangebotes

Ein **Vergleich** ist jedoch **nur** dann zu **empfehlen**, wenn sich auch der geprüfte Zahnarzt mit den Vorwürfen angeblicher Unwirtschaftlichkeit auseinandersetzen und das Vergleichsangebot **sorgfältig prüfen** konnte.

Die **Praxis** sieht allerdings oftmals ganz anders aus: Zahnärzte werden vor oder direkt nach Beginn einer mündlichen Verhandlung durch ein Mitglied des Prüfgremiums zu einem kurzen „kollegialen Fachgespräch" gebeten. Ergebnis ist oftmals ein Vergleichsangebot, welches jedoch den Kriterien eines Vergleichs keinesfalls entsprechen muss. Denn häufig sieht sich der Zahnarzt einem erheblichen Druck ausgesetzt und realisiert erst einige Tage später, dass er möglicherweise einen „schlechten Deal" abgeschlossen hat.

Ein Vergleich sollte nur nach sorgfältiger
fachlicher und rechtlicher Prüfung abgeschlossen werden.

9.3.2.1. Beispiel aus der Praxis

Dies soll an folgendem **Beispielsfall** beschrieben werden:[1228] Ein Zahnarzt wird aufgrund statistischer Auffälligkeiten zu einem mündlichen Termin vor den Prüfungsausschuss zitiert. Der Prüfantrag wird auf vermeintlich hohe Fallwertüberschreitungen gestützt. Nach Darstellung des Sachverhalts teilt der Vorsitzende mit, dass es zwingend zu einer Honorarkürzung in Höhe von ca. 30.000,- € kommen müsse.

In einer anschließenden Verhandlungspause bietet ein Mitglied des Prüfgremiums dem Zahnarzt einen Vergleich in Höhe von 25.000,- € an. Gleichzeitig wird dem geprüften Zahnarzt nahe gelegt, dieses „Angebot" unbedingt anzunehmen, da ein Widerspruch oder gar eine gerichtliche Überprüfung eines etwaigen Prüfbescheides[1229] überhaupt nichts bringe. Anwaltliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, sei ebenfalls überflüssig und koste nur noch mehr Geld. Zurück im Sitzungssaal unterschreibt der Zahnarzt den vorbereiteten Vergleich. Eine **Widerrufsmöglichkeit** wird **nicht vereinbart**, ein entsprechender **Hinweis** durch das Prüfgremium **unterbleibt**.

Erst im weiteren Verlauf wird dem Zahnarzt bewusst, dass er erheblich unter Druck gesetzt wurde und allein aufgrund der absolut unerfreulichen Prüfungssituation[1230] den Vergleich unterschrieben hat.

[1228] Aus *Ries/Schnieder/Großbölting*, S. 62, die zutreffend eine Vorgehensweise beschreiben, die auch der *Autorin* bekannt ist.
[1229] Der aufgrund eines Vergleichs jedoch nicht erlassen wird.
[1230] Vgl. hierzu auch Fn. 170.

9.3.2.2. Anwaltliche Empfehlung

Da mit der Unterzeichnung durch den Zahnarzt grundsätzlich ein **rechtswirksamer Vergleich** vorliegt, ist es schwer (allerdings nicht unmöglich), den Vergleich im Nachhinein **anzufechten**. Es ist daher dringend davon **abzuraten**, sich in dieser Weise von den Prüfgremien unter **Druck setzen** und zu einem **Vergleich drängen** zu lassen. Was zunächst aussah wie ein kollegiales Fachgespräch, endet nämlich in diesem Fall mit einer Honorarkürzung, die vom Zahnarzt oder einer spezialisierten Anwaltskanzlei nicht überprüft werden konnte.

Insbesondere muss der geprüfte Zahnarzt möglicherweise im Nachhinein feststellen, dass eventuelle **Praxisbesonderheiten** oder **kausale kompensierende Einsparungen** in seinem Fall gar **nicht berücksichtigt** wurden, einen eventuellen Regress jedoch ganz erheblich gemindert hätten. Der Vergleich ist somit ein „fauler Kompromiss“ und geht ausschließlich zu Lasten des geprüften Zahnarztes. Gewonnen hat lediglich das Prüfgremium, welches ohne jeglichen Begründungsaufwand und ohne Erlass eines Prüfbescheides ein schnelles und „komfortables“ Ergebnis verbuchen kann.

Ein - ohne anwaltliche Begleitung - geschlossener Vergleich
sollte grundsätzlich eine Widerrufsmöglichkeit enthalten.

Es ist daher dringend zu empfehlen, ein eventuelles **Vergleichsangebot sorgfältig zu prüfen** oder **erst** im **Widerspruchsverfahren** vor dem **Beschwerdeausschuss** einen Vergleich zu diskutieren und anzunehmen. Denn erst nach Durchführung und Abschluss der Wirtschaftlichkeitsprüfung liegt ein **schriftlicher Prüfbescheid** vor, der in jedem einzelnen Punkt überprüft und gegebenenfalls angegriffen werden kann.

In jedem Fall ist jedoch eine **Widerrufsmöglichkeit** von mindestens 10 Tagen zu vereinbaren, damit die Vergleichsvereinbarung in der gebotenen Ruhe – eventuell nach anwaltlicher Empfehlung – geprüft werden kann. Hinweise auf die angebliche Sinnlosigkeit eines Widerspruchs bzw. einer rechtlichen Überprüfung oder anwaltlichen Begleitung sollten ohnehin skeptisch hinterfragt werden.[1231]

Ein Vergleich ist erst nach eingehender Kenntnis des gesamten Sachverhalts
und der eventuellen Erfolgsaussichten eines Widerspruchs sinnvoll.

[1231] Ebenso *Ries/Schnieder/Großbölting*, S. 63.

9.3.3. Anfechtungsmöglichkeit durch KZV und Krankenkassen

9.3.3.1. Keine sofortige Bindungswirkung des Vergleichs

Ein zwischen den Prüfgremien und dem Zahnarzt geschlossener Vergleich bedarf zwar **nicht** der **vorherigen Genehmigung** oder der **Zustimmung** der am Verfahren beteiligten KZV oder der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände.[1232] Allerdings können die beteiligten Krankenkassen oder die KZV auch gegen einen Vergleich **Rechtsmittel einlegen**. Insofern gilt nichts anderes als bei Entscheidungen, die durch einen Prüfbescheid erlassen werden. Auch in diesem Falle ist es den Krankenkassen oder einer KZV ausdrücklich gestattet, gegen die Ablehnung einer beantragten Honorarkürzung oder gegen die für unzureichend befundene Kürzung Widerspruch oder Klage zu erheben.[1233]

Das bedeutet, dass der Prozessvergleich zwischen dem Zahnarzt und dem Prüfgremium zwar wirksam vereinbart werden kann und den Rechtsstreit auch dann erledigt, wenn sich die Krankenkassen oder die KZV an ihm nicht beteiligen. Die an dem Vergleich **nicht Beteiligten** werden aber durch diesen Vergleich (noch) **nicht gebunden**; der Vergleich entfaltet ihnen gegenüber (zunächst) keine Wirkung, da sie nicht gehindert sind, die im Vergleich enthaltene Vereinbarung **gerichtlich** daraufhin **überprüfen** zu lassen, ob die maßgeblichen rechtlichen Vorschriften beachtet worden sind.[1234]

Krankenkasse und KZV werden durch einen Vergleich
zwischen dem Prüfgremium und dem Zahnarzt nicht gebunden.

Würde den Kostenträgern die Berechtigung abgesprochen, die materielle Richtigkeit einer im Vergleichswege getroffenen Regelung – ebenso wie eine durch Verwaltungsakt verfügte vollständige oder teilweise Aufhebung von Kürzungen oder Regressen – zur gerichtlichen Überprüfung zu stellen, so bestünde eine erhebliche **Gefahr** von **missbräuchlichen Gestaltungen**.[1235]

[1232] § 57 Abs. 1 SGB X ist insofern nicht anwendbar, vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -, denn die Rechte der beteiligten Vertreter der Krankenkassen und der KZV sind bereits durch die verfahrensmäßige Ausgestaltung des Prüfverfahrens ausreichend gewahrt. Die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung würde erheblich erschwert, falls Vergleiche stets die Zustimmung aller am Verfahren Beteiligter erforderten.

[1233] Vgl. hierzu Kap. 10.3.5, S. 303 ff.

[1234] Eine entsprechende Rechtsmittelbefugnis ist schon deshalb unverzichtbar, weil die genannten Institutionen nach § 106 Abs. 5 S. 3 SGB V rechtsmittelbefugt und auch materiell beschwert sind, wenn die Prüfgremien die Festsetzung von Honorarkürzungen bzw. Regressen ablehnen, BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -.

[1235] BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -. So lag der Entscheidung des Bundessozialgerichts eben eine solche „missbräuchliche" Gestaltung vor: Denn sowohl der Prü-

Die beteiligten **Krankenkassen** und die **KZV** sind daher **berechtigt**, Vergleiche zwischen den Prüfgremien und dem Vertragszahnarzt, die einen Prüfbescheid ersetzen, durch Widerspruch oder Klage **anzufechten**, sofern sie dem Vergleich nicht zugestimmt haben. Gleichzeitig bleibt den Prüfgremien das Instrument des Vergleichsabschlusses grundsätzlich erhalten, nachdem sich dieses seit Jahrzehnten praktisch bewährt hat und im Interesse einer zeitnahen Erledigung von Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung unverzichtbar ist.[1236]

Der Vergleich kann später von Krankenkassen und KZV angefochten werden.

9.3.3.2. Klagevoraussetzungen gegen Vergleich

Der vom Prüfungsausschuss geschlossene Vergleich ist den beteiligten Institutionen aufgrund ihrer Beteiligtenstellung[1237] **schriftlich mitzuteilen**.[1238] Diese Mitteilung muss zugleich eine ordnungsgemäße **Rechtsbehelfsbelehrung** enthalten, dass der Vergleich durch Widerspruch bzw. Klage anfechtbar ist.[1239]

Richtige Klageart ist die **Anfechtungsklage**, weil der Vergleich den Prüfbescheid ersetzt und seinem Inhalt nach Regelungen enthält, die typischerweise durch Verwaltungsakt getroffen werden.[1240] Liegen diese Voraussetzungen vor, so gelten dieselben **Fristen** wie im Widerspruchs- und Klageverfahren. Die Frist hierfür

---

fungsausschuss in erster Instanz als auch der Beschwerdeausschuss in zweiter Instanz waren in der ursprünglichen Besetzung mit einem zahnärztlichen Vorsitzenden besetzt. (Es gab damals noch keinen unabhängigen Vorsitzenden, wie er nun durch die Gesundheitsreform 2004 vorgesehen ist.) Die Stimme des Vorsitzenden gab hierbei nach § 106 Abs. 4 S. 4 SGB V a.F. aufgrund der paritätischen Besetzung von jeweils drei Vertretern der KZV und der Krankenkassen den Ausschlag. Die Krankenkassen, die ausdrücklich gegen einen Vergleich gestimmt hatten, wurden daher aufgrund der Konstellation des Vorsitzes in den beiden Prüfgremien überstimmt.

[1236] Im Regelfall müssen die Prüfgremien, die sich zu einem Vergleich mit den betroffenen Zahnärzten entschließen, ohnehin nicht damit rechnen, dass die Kassenärztliche Vereinigung oder die Krankenkassen damit nicht einverstanden sind. Denn auch diese Institutionen werden sorgsam prüfen, ob sie einen entsprechenden Vergleich – auch im Hinblick auf die mit dem Verfahren verbundenen Kosten – gerichtlich anfechten wollen. Andererseits kann die prinzipielle Möglichkeit der Anfechtung von Vergleichen dazu beitragen, dass von vornherein nur solche Vergleiche abgeschlossen werden, die die Position aller beteiligten Personen und Institutionen angemessen berücksichtigen, vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -.

[1237] Vgl. hierzu Kap. 3.7.1, S. 52 ff.

[1238] § 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB X; vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -.

[1239] § 36 SGB X; BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -; so auch *Engelhard*, NZS 2003, S. 248 ff. Vgl. zu den Konsequenzen einer fehlenden oder fehlerhaften Rechtsbehelfsbelehrung Kap. 10.4.2, S. 305 ff.

[1240] BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -.

beträgt **einen Monat**. Nehmen die beteiligten Institutionen diese Befugnis zur Anfechtung des Vergleichs nicht wahr, wird die im Vergleichswege getroffene Regelung ebenso **bestandskräftig** und bindend wie ein Prüfbescheid.[1241]

Die Anfechtung des Vergleichs muss binnen Monatsfrist erfolgen.

9.3.3.3. Keine Bindungswirkung zu Lasten des Zahnarztes

Wird der zwischen dem Prüfgremium und dem Zahnarzt geschlossene Vergleich durch die KZV oder die Krankenkasse **angefochten**, so muss sich allerdings auch der betroffene **Zahnarzt nicht** an der Höhe der im Vergleich vereinbarten Honorarkürzung **festhalten** lassen. Er ist hieran ebenfalls nicht mehr gebunden. Denn die im Rahmen des Vergleichs gegebene Zustimmung des Zahnarztes zur Honorarkürzung darf im Falle der Anfechtung durch die KZV oder die Krankenkasse **nicht** als **Einverständnis** des Zahnarztes mit einer Honorarkürzung überhaupt oder als teilweise Rücknahme seines Rechtsbehelfs **gewertet** werden.

Der Zahnarzt kann im Falle der Anfechtung des Vergleichs
alle Einwendungen gegen eine Honorarkürzung erneut vorbringen.

Der Zahnarzt ist nach Anfechtung des Vergleichs daher seinerseits befugt, in der Klageerwiderung beispielsweise jetzt geltend zu machen, dass Honorarkürzungen gegen ihn überhaupt nicht festgesetzt werden dürften.[1242] Der **Zahnarzt** ist somit an sein freiwilliges Einverständnis zu einer Honorarkürzung hinsichtlich des im Vergleich vereinbarten **Kürzungsbetrages nicht gebunden**; vielmehr kann er sich im Falle einer Anfechtung erneut oder erstmalig auf Praxisbesonderheiten oder kausale Einsparungen berufen.

[1241] BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -.
[1242] BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -.

9.4. Honorarkürzung

Hat das Prüfgremium trotz der Darlegung von Praxisbesonderheiten oder kausalen Einsparungen[1243] eine **Unwirtschaftlichkeit** in der zahnärztlichen Behandlungsweise **festgestellt**, muss der Zahnarzt mit einer **Honorarkürzung** rechnen, die im Prüfbescheid festgesetzt wird.[1244]

9.4.1. Ermessensspielraum hinsichtlich des Kürzungsumfangs

Den Prüfgremien steht bei der Festlegung der Höhe der Honorarkürzungen grundsätzlich ein **Ermessensspielraum** zu, der eine ganze **Bandbreite denkbarer vertretbarer Entscheidungen** ermöglicht. Diese können sich erstrecken von der Beratung[1245] über die Zubilligung einer Toleranz im Bereich der Übergangszone bis hin zur Kürzung des gesamten unwirtschaftlichen Mehraufwandes.[1246] Die Prüfgremien sind bei der **Ermessensentscheidung** jedoch nicht völlig frei, denn sie haben ihr Ermessen **pflichtgemäß** auszuüben. Auf eine pflichtgemäße Ermessensausübung besteht ein **Anspruch**.[1247]

Zahnärzte haben einen Anspruch auf
pflichtgemäße Ermessensausübung durch die Prüfgremien.

Die Prüfgremien halten sich innerhalb des ihnen eingeräumten Ermessensspielraums, wenn sie sich bei der Festlegung der Honorarkürzungen und ihrer Höhe an dem **Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfungen** orientieren.[1248] Sie überschreiten den Spielraum indessen, wenn sie keine diesem Zwecke entsprechenden sachli-

---

[1243] Vgl. hierzu ausführlich Kap. 7, S. 139 ff. und Kap. 8, S. 155 ff.

[1244] Das BSG hat eine Honorarkürzung durch Wirtschaftlichkeitsprüfung selbst dann für zulässig erklärt, wenn die unwirtschaftlichen Leistungen wegen einer vorherigen Beschränkung des Honorars aufgrund des so genannten „Praxisbudgets“ erst gar nicht vergütet wurden („Kürzung in das Praxisbudget“), vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 79/03 R – und BSG, Urt. v. 05.11.2003 - B 6 KA 55/02 R -. Dies widerspricht jedoch der Gesetzesbegründung zur Neufassung des § 106 SGB V, in welcher klargestellt wird, dass der Wirtschaftlichkeitsprüfung das gesamte abgerechnete Honorar zugrunde zu legen ist und nicht das durch Budgetierungen gekürzte Honorar, vgl. *SGB V Handbuch*, S. 173. Diese Rechtsprechung verstößt daher gegen den ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers und im Übrigen gegen die Praxis der meisten KV-Bezirke bundesweit. Sie wird aus diesen Gründen sowie aus weiteren Erwägungen im Hinblick auf Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung und das Zusammenspiel der verschiedenen Vergütungsregelungen von der *Autorin* für verfassungswidrig gehalten.

[1245] Vgl. hierzu Kap. 9.2, S. 276 ff.

[1246] BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R - m.w.N.

[1247] § 39 Abs. 1 S. 2 SGB I; *Meyer-Ladewig*, § 54, Rn. 28, 28a.

[1248] Vgl. hierzu Kap. 1.5, S. 15 ff.

chen Gründe für ihre Entscheidung über die Kürzung bzw. deren Höhe anführen können. So kann es nach Ansicht des Bundessozialgerichts auch **ermessensfehlerhaft** sein, trotz einer deutlichen Überschreitung der Grenzwerte, die nicht durch Praxisbesonderheiten oder ähnliche Gründe gerechtfertigt ist, **auf eine Kürzung** ganz oder teilweise **zu verzichten**.[1249]

9.4.2. Pflicht zur Honorarkürzung durch die Prüfgremien

Die umfassende **Zielrichtung der Wirtschaftlichkeitsprüfung** erfordert es nach bisheriger Ansicht des Bundessozialgerichts **zwingend**, dass ein unwirtschaftlich handelnder Vertrags(zahn)arzt nach Abschluss einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eine **Honorarkürzung** erfährt, sofern im Rahmen eines ordnungsgemäß durchgeführten Prüfverfahrens festgestellt wurde, dass die Leistungen (teilweise) **unwirtschaftlich erbracht** wurden.[1250]

Ärzte dürfen in diesem Stadium honorarmäßig nicht so stehen, als sei ihre Behandlungsweise trotz dieser ausdrücklichen Feststellungen und Bewertungen gar nicht bzw. im Wesentlichen nicht zu beanstanden gewesen. Der **Umfang** der **Honorarkürzung** muss vielmehr mit dem **Ausmaß** der festgestellten **Unwirtschaftlichkeit** grundsätzlich in angemessener Weise **korrespondieren**.

Es darf deshalb einem Vertrags(zahn)arzt, der nach dem Ergebnis einer Wirtschaftlichkeitsprüfung **über längere Zeit** hinweg **in gravierendem Maße** unwirtschaftlich agiert hat, ohne besondere Umstände **nicht** die Berechtigung zuerkannt werden, die **Früchte** der von ihm verantworteten widerrechtlichen und systemwidrigen Behandlungsweise vollständig oder überwiegend zu **behalten**.[1251]

Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen für Honorarkürzungen vorliegen, sind diese nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sogar dann durchzuführen, wenn eine **Gefährdung der beruflichen Existenz** des Zahnarztes zu befürchten ist.[1252] Abstriche können allenfalls bei **Berufsanfängern** für einige Anfangsquartale gemacht werden.[1253]

Die Früchte eines systemwidrigen Verhaltens dürfen nicht behalten werden.

[1249] BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -.

[1250] Dies kann allerdings nur dann gelten, wenn diese Leistungen auch tatsächlich bezahlt wurden und nicht etwa – wegen vorheriger Kürzungen des Honorars durch das Praxisbudget bzw. aufgrund der Degression des Punktwertes – erst gar nicht zur Auszahlung gelangt sind, vgl. hierzu die Ausführungen in Fn. 1244.

[1251] BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -.

[1252] BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R -.

[1253] *Dahm*, S. 76, Rn. 202; vgl. hierzu auch Kap. 7.1.5, S. 143.

9.4.2.1. Beispiel 1: Honorarkürzung eines Kieferorthopäden

So hatte das **Bundessozialgericht** in einem Fall den Beschwerdeausschuss verpflichtet, bei einem **Kieferorthopäden höhere Honorarkürzungen** vorzunehmen, als im Prüfbescheid festgesetzt. Der Kieferorthopäde hatte im Verhältnis zur Fachgruppe innerhalb eines Jahres seine vertragszahnärztlichen Leistungen wie folgt abgerechnet:

Quartal	Fallzahl	Fallkosten Zahnarzt	Fallkosten Fachgruppe	Überschreitung in Prozent	Akzeptierte Überschreitung
I/96	1.139	74,18 DM	12,15 DM	511 %	332 %
II/96	1.079	100,04 DM	11,82 DM	746 %	485 %
III/96	1.110	92,38 DM	11,05 DM	736 %	478 %
IV/96	1.068	83,10 DM	11,52 DM	618 %	402 %

Abbildung 31

Der Prüfungsausschuss hatte die Grenze zum **offensichtlichen Missverhältnis**[1254] zwar allgemein bei jeweils 100 % angesetzt. Dennoch wurden die verbleibenden Mehranforderungen des Kieferorthopäden um lediglich 35 % gekürzt. Die Summe der Kürzungen für alle vier Quartale belief sich schon hierfür auf insgesamt 98.345,24 DM. Dem Zahnarzt waren jedoch beanstandungslos Überschreitungen von mehr als 300 % bis 500 % im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt belassen worden.

Gegen diese – für zu gering befundene – Honorarkürzung hatten die **Krankenkassen** Klage erhoben. Das **Bundessozialgericht** hatte dieser Klage stattgegeben und den **Beschwerdeausschuss verpflichtet**, unter Zugrundelegung der Grundsätze des Bundessozialgerichts eine **höhere Honorarkürzung** festzusetzen.[1255]

9.4.2.2. Beispiel 2: Honorarkürzung eines Zahnarztes

Ein Zahnarzt mit „kleiner" Praxis wies eine **geringe Scheinzahl** von 250 Behandlungsfällen aus. Die Honoraranforderung der Fachgruppe betrug 115,21 DM. Die Honoraranforderung des geprüften Zahnarztes überschritt den Fachgruppendurch-

---

[1254] Vgl. hierzu Kap. 6.4.4, S. 105 ff.

[1255] BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -.

schnitt um mehr als das Doppelte und betrug bei den konservierend-chirurgischen Fällen durchschnittlich 251,47 DM je Fall. (Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 118 %).

Der **Prüfungsausschuss** hatte trotz dieser erheblichen Überschreitung im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses **keine Honorarkürzungen** festgesetzt. Er begründete dies mit der Anfängerpraxis, wie sie noch im fünften Quartal nach Beginn der vertragszahnärztlichen Tätigkeit bestanden habe. Er stützte seine Nichtkürzung ferner auf die geringe Scheinzahl und das bis dahin unterversorgte Patientenklientel, wobei ein hoher Anteil an Aussiedlern bzw. Ausländern zu verzeichnen sei. Im Übrigen sei erstmals ein Jahr nach dem betroffenen Prüfzeitraum ein Prüfbescheid ergangen, so dass sich der Zahnarzt für das ein Jahr zuvor betroffene Quartal nicht entsprechend habe einstellen können.

Hiergegen hatten die **Krankenkassen Widerspruch eingelegt**[1256] und sodann bis hin zum Bundessozialgericht geklagt, um eine **Honorarkürzung durchzusetzen**. Das **Bundessozialgericht** gab der Krankenkasse Recht, indem es den Prüfbescheid aufgehoben und den Beschwerdeausschuss **verpflichtet** hat, gegen den Zahnarzt eine **Honorarkürzung** festzusetzen. Denn die von den Prüfgremien zugunsten des Zahnarztes vorgetragenen Gründe für das Absehen von einer Honorarkürzung seien allesamt nicht zutreffend und im vorliegenden Fall nicht einschlägig.[1257]

9.4.3. Kein Ermessen in Bezug auf fehlendes Verschulden

Im Rahmen der Festlegung der Kürzungshöhe steht den Prüfgremien zwar grundsätzlich ein **Ermessensspielraum** zu. Dieser darf sich aber nicht darauf beziehen, dass es dem geprüften Zahnarzt nicht möglich gewesen sei, auf vorherige Prüfungen adäquat zu reagieren und entsprechend festgestellte Unwirtschaftlichkeiten künftig zu unterlassen. Denn die **Besonderheit** der Wirtschaftlichkeitsprüfung liegt nach Auffassung des Bundessozialgerichts darin, dass es auf ein „Verschulden" des betroffenen (Zahn)Arztes bzw. auf eine besondere Vorwerfbarkeit für die festgestellte unwirtschaftliche Behandlungsweise gerade nicht ankommt.

Insoweit unterscheidet sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung maßgeblich von den Fällen eines echten Schadensregresses.[1258] Entsprechend dieser Grundsätze ist es

---

1256 Vgl. zur Widerspruchsbefugnis der Krankenkassen auch Kap. 10.3.5, S. 303.

1257 BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -.

1258 So führt selbst die fehlerhafte (zahn)ärztliche Verordnung von Mitteln, die nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterfallen, im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu Ersatzansprüchen gegen den Vertrags(zahn)arzt. Dies gilt sogar dann, wenn er in „gutem Glauben" von der Verordnungsfähigkeit dieser

auch **nicht von Bedeutung**, ob der geprüfte **Arzt** in der **Lage** war, die **Unwirtschaftlichkeit** selbst zu **erkennen**.

Eine Unwirtschaftlichkeit muss nicht schuldhaft verursacht sein.

9.4.4. Vertrauensschutz nur im Ausnahmefall

Die geprüften Ärzte können sich ausnahmsweise nur dann auf einen **Vertrauensschutz** berufen, wenn Dritte, insbesondere die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, insoweit einen **besonderen Vertrauenstatbestand** gesetzt haben.[1259] Dies gilt aber **nicht** für die Erbringung **erkennbar nutzloser Leistungen**, die zuvor bei der Abrechnung gegenüber der KV nicht beanstandet worden waren, sondern bislang erstattet wurden.[1260]

Vertrauenstatbestände setzen nämlich voraus, dass Anlass zu einer Vertrauensbetätigung gegeben war und insoweit **Schutzwürdigkeit** besteht. Daran fehlt es bei erkennbar ohne medizinischen Nutzen vorgenommenen Leistungen selbst dann, wenn sie systematisch erbracht und über einen längeren Zeitraum beanstandungsfrei abgerechnet und erstattet worden sind. Auf die Übernahme erkennbar nutzloser Aufwendungen durch die Versichertengemeinschaft kann niemand vertrauen.[1261]

Ist also ein Vertrauenstatbestand nicht gesetzt worden, muss der geprüfte Arzt regelmäßig auch nach Erteilung eines Honorarbescheides noch bis zum Ablauf von **vier Jahren**[1262] seit Ergehen des Bescheides mit Honorarkürzungsmaßnahmen aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung rechnen.[1263]

Arzneimittel ausgegangen war, vgl. BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -; BSG, Urt. v. 14.03.2001 – B 6 KA 19/00 R -; BSG, Urt. v. 10.05.1990 – 6 RKa 15/89 -.

1259 BSG, Urt. v. 12.12.2001 – B 6 KA 3/01 R -; vgl. zum schutzwürdigen Vertrauen bei Ausstellung eines fehlerhaften Honorarbescheids durch die KZV: BSG, Urt. v. 30.06.2004 – B 6 KA 34/03 R -.

1260 BSG, Urt. v. 05.02.2003 – B 6 KA 15/02 R -.

1261 Im Übrigen kann die KV aus der vertragsärztlichen Abrechnung vielfach nicht ersehen, ob eine Leistungserbringung medizinisch offensichtlich nutzlos ist, solange die abgerechneten Leistungen bestimmten Leistungspositionen des EBM oder BEMA entsprechen und dort nicht ausdrücklich die Angabe der jeweiligen Diagnose verlangt wird, vgl. BSG, Urt. v. 05.02.2003 – B 6 KA 15/02 R - m.w.N.

1262 Vgl. hierzu Kap. 3.6.4, S. 51 ff.

1263 BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -.

9.4.5. Zulässige Schätzung des Kürzungsbetrages

Das Bundessozialgericht hat es als rechtlich zulässig angesehen, dass die Prüfgremien denjenigen **finanziellen Mehraufwand**, der auf die unwirtschaftliche Behandlungsweise zurückzuführen ist, lediglich **schätzen**. Dies gilt jedoch nur, soweit eine **genaue Feststellung** der Unwirtschaftlichkeit **nicht möglich** oder mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden ist.[1264]

Die Möglichkeit einer Schätzung des Mehrbedarfs gestattet es den Prüfgremien daher nicht, eine sachgerechte Aufbereitung des Streit- und Verfahrensstoffs sowie konkrete Tatsachenermittlungen durch allgemeine Erwägungen zu ersetzen. Erst wenn eine **unwirtschaftliche Behandlungsweise tatsächlich festgestellt** ist, sind die Honorarabrechnungen des Zahnarztes nach pflichtgemäßem Ermessen zu kürzen.[1265]

Die Honorarkürzung kann erfolgen:

- beim **Gesamthonorar** im Falle der Unwirtschaftlichkeit der gesamten Praxisführung,
- bei bestimmten **Leistungsgruppen** (z.B. Röntgenleistungen, Laborleistungen, Grundleistungen),
- bei bestimmten **Einzelleistungen**.

Hält sich die Honorarkürzung zweifelsfrei im Rahmen eines festgestellten unwirtschaftlichen Mehrbetrages, muss das genaue Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit nicht angegeben werden.[1266]

[1264] BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 – m.w.N.
[1265] BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.
[1266] BSG, Urt. v. 10.05.2000 – B 6 KA 25/99 R -; BSG, Urt. v. 28.10.1992 – 6 RKa 3/92 -.

9.5. Erlass eines Prüfbescheids

9.5.1. Der Prüfbescheid als Verwaltungsakt

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird mit dem Erlass eines **Prüfbescheids** abgeschlossen. Dieser Prüfbescheid ist ein **Verwaltungsakt**,[1267] unabhängig davon, ob die Bezeichnung „Bescheid" oder „Beschluss" gewählt wurde.[1268] Legt der Zahnarzt dagegen kein Rechtsmittel ein,[1269] wird der Prüfbescheid in der Sache **bindend**.[1270] Die Honorarkürzung wird in der Regel **unanfechtbar**. Die KZV kann also nach Ablauf der Widerspruchsfrist die **Honorarkürzung realisieren**, indem sie die festgesetzte Kürzungssumme von den späteren Honorarforderungen abzieht. Will der Zahnarzt den Prüfbescheid nicht akzeptieren, muss er **Widerspruch** einlegen bzw. **Klage** erheben.[1271]

Wer den Prüfbescheid nicht akzeptieren will,
muss dagegen form- und fristgerecht Rechtsmittel einlegen!

9.5.2. Formelle Anforderungen

Ein ordnungsgemäßer Prüfbescheid muss **zwingend schriftlich** erlassen und **sorgfältig begründet** werden sowie die folgenden Angaben enthalten:

- Datum der Verhandlung,
- Namen der Ausschussmitglieder,
- Gegenstand der Prüfung,[1272]
- Angabe der Prüfmethode,[1273]
- Angabe der Differenzen zum Fachgruppendurchschnitt,
- Angabe des zugrunde gelegten Grenzwertes,[1274]
- Angabe der von Amts wegen festgestellten Praxisbesonderheiten,[1275]

[1267] § 31 SGB X, vgl. zum Verwaltungsakt ausführlich *Engelmann,* in *von Wulffen,* § 31 SGB X, Rn. 1 ff.
[1268] *Spellbrink*, S. 145, Rn. 295.
[1269] Vgl. hierzu Kap. 10.2, S. 298 ff.
[1270] § 77 SGG.
[1271] Vgl. hierzu ausführlich Kap. 10.2, S. 298 ff.
[1272] Vgl. hierzu Kap. 3.4, S. 43 ff.
[1273] Vgl. Kap. 3.5, S. 46 ff.
[1274] Vgl. hierzu ausführlich Kap. 6.4, S. 102 ff.
[1275] Vgl. hierzu Kap. 6.9.4, S. 136 ff.

- Auseinandersetzung mit den vom Zahnarzt vorgetragenen Praxisbesonderheiten bzw. kausalen Einsparungen,[1276]
- Angabe der Gründe für die Annahme der Unwirtschaftlichkeit,
- Angabe des anerkannten Überschreitungswertes zum Fachgruppendurchschnitt,[1277]
- Angabe eines Schätzbetrages der unwirtschaftlichen Mehrkosten,[1278]
- Höhe der Honorarkürzung,[1279]
- Rechtsbehelfsbelehrung,[1280]
- Unterschrift des Vorsitzenden.[1281]

9.5.3. Begründungspflicht der Prüfgremien

9.5.3.1. Reichweite der Begründungspflicht

Der Prüfbescheid ist zu begründen.[1282] In der Begründung des Prüfbescheides sind die **wesentlichen tatsächlichen** und **rechtlichen Gründe** mitzuteilen, die das Prüfgremium zu seiner Entscheidung bewogen haben. Die Begründung von Ermessensentscheidungen muss auch diejenigen Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen das Prüfgremium bei der Ausübung seines Ermessens ausgegangen ist.[1283]

Die **Begründungspflicht** der Prüfgremien hat in der Wirtschaftlichkeitsprüfung einen **zentralen Stellenwert**, wobei vom Bundessozialgericht **hohe Anforderungen** an die Begründung gestellt wurden.[1284] Denn der durch einen Prüfungsbescheid belastete **Zahnarzt** hat ein **Recht** darauf, die **Gründe** für diese Entschei-

---

[1276] Sofern diese substantiiert vorgetragen und nachgewiesen wurden, vgl. hierzu auch Kap. 7, S. 139 ff.

[1277] Dieser kann wegen der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten höher sein als der „allgemeine" Grenzwert für die Überschreitung des offensichtlichen Missverhältnisses.

[1278] Vgl. hierzu Kap. 9.4.5, S. 290 ff.

[1279] Vgl. zum Ermessensspielraum der Prüfgremien bei der Festsetzung des Kürzungsbetrags Kap. 9.4.1, S. 285 ff.

[1280] Vgl. hierzu Kap. 10.4.2, S. 305 ff.

[1281] § 33 Abs. 3 SGB X.

[1282] § 35 SGB X.

[1283] § 35 Abs. 1 S. 2 u. S. 3 SGB X.

[1284] Diesen Stellenwert hat das Bundessozialgericht schon in seiner ersten Entscheidung aus dem Jahre 1959 bekräftigt. Wenngleich die Anforderungen an die Aufklärungspflicht der Prüfungsinstanzen nicht überspannt werden dürften, so müsse andererseits – angesichts einer (damals) vielfach noch recht sorglosen Verwaltungspraxis – die Pflicht zu einer ausreichenden Begründung der Prüfungsbescheide betont werden, vgl. BSG, Urt. v. 27.11.1959 – 6 RKa 4/58 -.

dung **zu erfahren**.[1285] Außerdem wird die **Verwaltung** durch die Begründungspflicht genötigt, vor Erlass der Entscheidung **Rechenschaft** über alle in Betracht kommenden, für und gegen den Arzt sprechenden Umstände **abzulegen**. Die „formale" Begründungspflicht dient damit im Ergebnis auch der **materiellen Richtigkeit** der Prüfungsentscheidung.[1286]

Die Begründungspflicht hat einen zentralen Stellenwert.

Grundsätzlich ist es den Prüfgremien verwehrt, sich auf pauschale Wertungen und Begründungen zurückzuziehen. Die einzelnen Tatbestandsmerkmale, die den Schluss auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise zulassen, müssen **nachvollziehbar** und **detailliert** dargestellt werden. Dies bezieht sich insbesondere auf den zugrunde liegenden Sachverhalt.[1287]

Die Entscheidung muss für alle Beteiligten erkennbar und nachvollziehbar sein.

Daher ist es erforderlich, dass die Prüfgremien ihre Gründe für die Annahme unwirtschaftlicher Behandlungsweise in ihrem Bescheid so **verdeutlichen**, dass die **Entscheidung** im Einzelfall **erkennbar** und **nachvollziehbar** ist. Nur so kann das Prüfergebnis sozialgerichtlich überprüft werden, selbst wenn dies aufgrund der Beurteilungs- und Ermessensspielräume der Prüfgremien[1288] nur eingeschränkt möglich ist.

Es handelt sich hierbei also um das **notwendige Korrektiv** zum weiten **Beurteilungs- und Ermessensspielraum** der Prüfgremien.[1289] Wird der Pflicht zur Begründung der Prüfentscheidung nicht ausreichend Rechnung getragen, so führt dies nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur **Rechtswidrigkeit** des Bescheids.[1290]

Die Begründungspflicht ist das notwendige Korrektiv zu den weiten Beurteilungs- und Ermessensspielräumen der Prüfgremien.

[1285] Andernfalls hätte er nur zu oft das Gefühl einer ungerechten Behandlung durch die Prüfungsinstanzen und würde allein aus diesem Grund „vorsorglich" Widerspruch (früher „Einspruch") erheben. Dadurch würde das Widerspruchsverfahren seinem eigentlichen Zweck entfremdet und die Widerspruchsstelle überlastet werden, vgl. BSG, Urt. v. 27.11.1959 – 6 RKa 4/58 -.

[1286] BSG, Urt. v. 27.11.1959 – 6 RKa 4/58 -.

[1287] Zum Zusammenhang von materieller und formeller Rechtmäßigkeit des Prüfbescheides vgl. auch *Hesral*, S. 146, Rn. 298 ff.

[1288] Vgl. hierzu Kap. 3.7.6, S. 56 ff. und Kap. 9.4.1, S. 285 ff.

[1289] BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R - m.w.N.

[1290] *Hesral*, S. 18, Rn. 55 m.w.N.

9.5.3.2. Grenzen der Begründungspflicht

Die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen dürfen allerdings nicht überspannt werden. Denn gerade Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung richten sich regelmäßig an einen **sachkundigen Personenkreis**. Die Ausführungen der Prüfgremien müssen daher nur erkennen lassen, wie das Behandlungsverhalten des Zahnarztes bewertet wurde und auf welchen Erwägungen die getroffene Kürzungsmaßnahme beruht.

Ein Prüfgremium darf daher in seinem Bescheid auch auf vorherige Bescheide **Bezug nehmen**, sofern es sich hierbei um die **gleichen** tatsächlichen und rechtlichen **Verhältnisse** wie im konkret geprüften Zeitraum handelt. Denn die Begründungspflicht verlangt nicht, dass Ausführungen explizit wiederholt werden, die an anderer Stelle bei gleicher Sachlage zutreffend gemacht worden sind. Es muss allerdings aus den Darlegungen hinreichend deutlich werden, dass die in einem zuvor ergangenen Prüfbescheid getroffenen Entscheidungen auch jetzt gleichermaßen maßgeblich sein sollen.[1291]

Die Begründung muss sich auch nicht mit sämtlichen Einzelüberlegungen auseinander setzen. Vielmehr **genügt** es, dass die betroffenen Beteiligten die Entscheidungen **nachprüfen** können und in die Lage versetzt werden, ihre **Rechte** sachgerecht **wahrzunehmen**. Dies ist dann der Fall, wenn sich ein Beschwerdeausschuss mit den angefochtenen Bescheiden des Prüfungsausschusses inhaltlich befasst hat.[1292]

Der Beschwerdeausschuss muss schließlich **nicht** im Einzelnen **begründen**, weshalb er **bestimmte Grenzwerte** festsetzt, soweit diese von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts **ausdrücklich** für **zulässig** erklärt worden sind. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Krankenkassen, sofern diese – zu Lasten des Zahnarztes - einen geringen Überschreitungsgrenzwert beanspruchen. Denn gerade die **Krankenkassen** müssen die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als „**sachkundiger Personenkreis**“ kennen.[1293]

Die Krankenkassen müssen die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kennen.

Entscheidend ist auch, ob sich der **Sachverhalt** als **typisch** und **üblich** darstellt oder eher als **ungewöhnlich** und **untypisch** zu bezeichnen ist.[1294] Denn die **Begründungspflicht** beurteilt sich anhand des **konkreten Einzelfalls** und hängt maßgeblich auch davon ab, ob und inwieweit der **Zahnarzt** entsprechende **Einwendungen** vorgetragen und seinerseits begründet hat. So kann es sogar sein, dass

[1291] BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -.
[1292] BSG, Urt. v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R -.
[1293] So jedenfalls ist das Urteil des BSG v. 21.05.2003 – B 6 KA 32/02 R - zu verstehen.
[1294] *Hesral*, S. 17, Rn. 55.

eine Entscheidung überhaupt keiner Begründung bedarf, während andere Prüfbescheide lediglich eine summarische Begründung erfordern und andere wiederum eine umfassende Würdigung notwendig machen.

Jedenfalls soll die Begründung grundsätzlich eine sachgemäße Verteidigung zulassen. Hierbei muss allerdings die **Kenntnis des Zahnarztes** mit den jeweiligen **Leistungs- und Abrechnungsvoraussetzungen** unterstellt werden.[1295]

Der Zahnarzt muss die Voraussetzungen der Leistungsziffern
und ihre Abrechenbarkeit kennen.

9.5.3.3. Begründungsfrist

Das Bundessozialgericht hatte früher gefordert, dass der Prüfbescheid innerhalb von **fünf Monaten** nach der Sitzung und Entscheidung des Beschwerdeausschusses zu begründen ist.[1296] Seit einer **Änderung** der **Verfahrensvorschriften** im Sozialverwaltungsverfahren kommt dieser Rechtsprechung allerdings **keine Bedeutung** mehr zu.[1297] Denn die erforderliche Begründung kann **bis zur letzten Tatsacheninstanz** des **sozialgerichtlichen Verfahrens** nachgeholt werden, also bis zur Entscheidung in der Berufungsinstanz vor dem **Landessozialgericht**.[1298]

Solange allerdings die Prüfgremien ihrer Begründungspflicht nicht oder nicht umfassend nachgekommen sind, kann auch der Zahnarzt entsprechende Einwendungen vorbringen. Eine Präklusion seiner Einwendungen[1299] muss in diesem Fall ausscheiden.

[1295] BSG, Urt. v. 09.03.1994 – 6 RKa 18/92 -; *Hesral*, S. 18, Rn. 55.

[1296] Liege zwischen der Entscheidung des Beschwerdeausschusses (Sitzungstag) und der Aufgabe des Bescheids zur Post ein Zeitraum von fünf Monaten oder länger, sei der Bescheid so anzusehen, als ob er nicht mit Gründen versehen worden sei und damit rechtswidrig, vgl. BSG, Urt. v. 28.04.1999 – B 6 KA 79/97 R – m.w.N.; BSG, Urt. 18.10.1995 - 6 RKa 38/94 -; vgl. auch *Engelmann,* in *von Wulffen,* § 35 SGB X, Rn. 8.

[1297] So *Engelmann,* in *von Wulffen,* § 35 SGB X, Rn. 8.

[1298] § 41 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 SGB X; dies gilt im Hinblick auf die fehlerhafte Ausübung von Ermessen allerdings nur bedingt, vgl. hierzu auch *Wiesner*, § 41 SGB X, Rn. 6 u. 7.

[1299] Vgl. hierzu Kap. 6.9.3, S. 135 ff.

10 Reaktionsmöglichkeiten des Zahnarztes

10.1. Annahme der Honorarkürzung

Der Zahnarzt kann die im Prüfbescheid ausgesprochene Honorarkürzung akzeptieren. Er tut dies, indem er gegen den Prüfbescheid **keinen Widerspruch einlegt** und die **Kürzung** (typischerweise durch Verrechnung mit dem darauf folgenden Honorarbescheid) **hinnimmt**. Denn möglicherweise hat die Wirtschaftlichkeitsprüfung auch dem Zahnarzt verdeutlicht, dass er in manchen Bereichen unwirtschaftlich behandelt und entsprechende Maßnahmen zu akzeptieren hat.[1300]

So kommt es durchaus vor, dass die Prüfgremien im Rahmen ihrer Ermessensentscheidung bei der Höhe einer auszusprechenden Honorarkürzung einen „milden“ Betrag festgesetzt haben und der Zahnarzt daher noch „glimpflich weggekommen“ ist. Es kann daher durchaus ratsam sein, die Angelegenheit nicht weiter zu verfolgen und durch **Akzeptanz des Prüfbescheides** abzuschließen.

Es kann im Einzelfall ratsam sein, eine Honorarkürzung zu akzeptieren.

Es verbleibt in diesem Fall allenfalls die Möglichkeit, durch entsprechenden Antrag bei der KZV eine „**Kürzung in Raten**“ zu erreichen – beispielsweise eine Kürzung über mehrere Quartale, falls die Kürzung des Gesamtbetrages in nur einem Quartal für den Zahnarzt nicht tragbar ist. Es ist insoweit nahe liegend, eine ratenweise Kürzung entsprechend der Anzahl der geprüften Quartale zu beantragen, falls sich der Prüfbescheid und die darin ausgesprochene Kürzung auf mehrere Quartale bezieht. Der Antrag sollte entsprechend begründet werden und ernsthafte Liquiditätsprobleme glaubhaft machen.[1301]

Im Falle aktueller **Liquiditätsschwierigkeiten** empfiehlt es sich allerdings – trotz geringer Erfolgsaussichten im Widerspruchsverfahren – **Widerspruch** einzulegen, da dieser **aufschiebende Wirkung** hat und daher die Honorarkürzung erst mit Abschluss des Widerspruchsverfahrens (also unter Umständen erst Monate oder sogar Jahre später) erfolgt.[1302]

[1300] Dies wird ihm gegebenenfalls auch eine spezialisierte Anwaltskanzlei nach vorheriger Prüfung mitteilen, um weitere Kosten und Belastungen für die Durchführung eines Widerspruchs- oder Klageverfahrens zu vermeiden, vgl. etwa www.beatebahner.de.

[1301] Auch das beauftragte Anwaltsbüro wird sich in diesem Punkt für die betroffenen Zahnärzte einsetzen.

[1302] Vgl. hierzu das nachfolgende Kap. 10.3.3, S. 301. Eine anschließende Klage hat demgegenüber keine aufschiebende Wirkung mehr, vgl. hierzu Kap. 10.4.3, S. 306.

10.2. Rechtsschutzmöglichkeiten

Will der Zahnarzt die im Prüfbescheid ausgesprochene Honorarkürzung nicht akzeptieren, muss er sich dagegen zur Wehr setzen, er muss **Rechtsmittel** einlegen.[1303] Er hat hierbei – je nach **Verfahrensstand** – die folgenden Rechtsschutzmöglichkeiten:

- **Widerspruch** gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses, Entscheidung erfolgt durch den **Berufungsausschuss**;
- **Klage** gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses, Entscheidung erfolgt durch das **Sozialgericht**;
- **Berufung** gegen das Urteil des Sozialgerichts, Entscheidung erfolgt durch das **Landessozialgericht**;
- **Revision** gegen das Urteil des Landessozialgerichts, Entscheidung erfolgt durch das **Bundessozialgericht**.[1304]

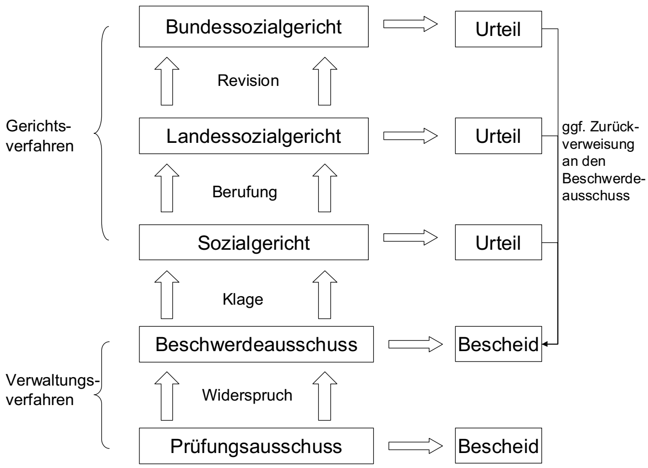


Abbildung 32

[1303] Rechtsmittel sind auf die Überprüfung einer behördlichen oder gerichtlichen Entscheidung durch eine höhere Instanz gerichtet. Als *Rechtsbehelf* wird typischerweise der Widerspruch gegen eine Verwaltungsentscheidung bezeichnet, als *Rechtsmittel* die Klage, Berufung oder Revision.

[1304] Langjährige Erfahrungen haben gezeigt, dass jeweils ungefähr 10 % der bei einer Instanz anhängig gewordenen Streitsachen aufgrund eines Rechtsmittels zur nächsten richterlichen Instanz gelangen: So verzeichneten die Sozialgerichte im Jahr 2003 insgesamt ca. 280.000 Eingänge (Klagen), die Landessozialgerichte hingegen ca. 27.500 (Berufungen und Nichtzulassungsbeschwerden) und das Bundessozialgericht ca. 2.400 (Revisionen und Nichtzulassungsbeschwerden), vgl. www.bundessozialgericht.de.

10.3. Widerspruch

10.3.1. Grundlagen

Gegen den Prüfbescheid des Prüfungsausschusses kann **Widerspruch** eingelegt werden.[1305] Da das Widerspruchsverfahren als Vorverfahren gilt,[1306] ist es zugleich eine **zwingende Voraussetzung** für die Zulässigkeit der **Klage**. Sofern gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses Widerspruch eingelegt wurde, entscheidet hierüber der Beschwerdeausschuss als nächst höhere Verwaltungsinstanz.[1307] Ein **Abhilfeverfahren** ist grundsätzlich nicht vorgesehen.[1308]

Prüfbescheide wegen Unwirtschaftlichkeit müssen für **jedes Quartal** erneut durch Widerspruch und eventueller Klage angefochten werden. Die Einbeziehung etwaiger Folgequartale ist auch unter dem Aspekt der Prozessökonomie grundsätzlich nicht möglich.[1309] Erst **nach Einlegung** des jeweiligen **Rechtsmittels** können die Verfahren aus mehreren Quartalen **verbunden** werden. Die Entscheidung hierüber trifft der Beschwerdeausschuss oder das Gericht.

Jeder Prüfbescheid muss selbstständig angefochten werden!

Widerspruchsberechtigt sind sowohl die betroffenen Zahnärzte und die zahnärztlich geleiteten Einrichtungen als auch die Krankenkassen und deren Landesverbände sowie die KZV.[1310] Denn die Krankenkassen und die KZV gelten als so genannte „**Beteiligte**“ des Verfahrens, wodurch ihnen **eigene Antrags- und Prozessrechte** zustehen.[1311] Auch diese Beteiligten können durch den Prüfbescheid beschwert sein, falls die Prüfgremien keine oder eine zu geringe Honorarkürzung ausgesprochen haben.[1312]

[1305] Im ersten Entwurf zur Gesundheitsreform 2004 (GMG) war übrigens noch vorgesehen, das Widerspruchsverfahren gänzlich entfallen zu lassen, vgl. *Orlowski/Wasem*, S. 112.

[1306] § 78 SGG, vgl. aber auch Kap. 10.4.5, Fn. 1368.

[1307] Vgl. hierzu auch Kap. 3.3.1, S. 38 ff.

[1308] *Dahm*, S. 67, Rn. 177 mit weiteren Hinweisen zur insoweit sehr uneinheitlichen Literatur und Rechtsprechung.

[1309] *Dahm*, S. 79, Rn. 210.

[1310] Zur Klagebefugnis der medizinischen Versorgungszentren vgl. *Dahm*, S. 66, Rn. 176.

[1311] Vgl. zu den Rechten und Pflichten der Beteiligten Kap. 3.7.1, S. 52; vgl. zur damit verbundenen Verschlechterungsmöglichkeit zu Lasten des Zahnarztes Kap. 10.3.5, S. 303 ff.

[1312] Vgl. zur Rechtsbeschwer auch Kap. 10.4.4, S. 307 ff. sowie zur Honorarkürzungspflicht Kap. 9.4.2, S. 286 ff.

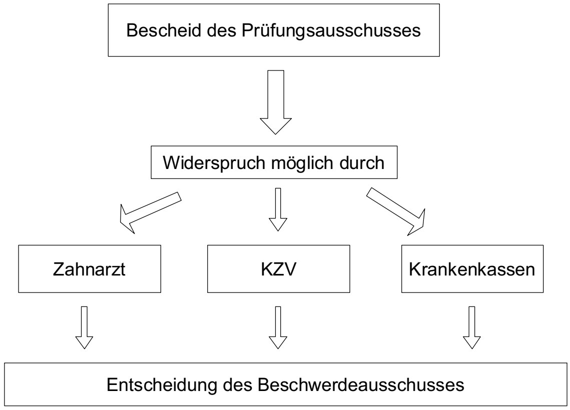


Abbildung 33

10.3.2. Widerspruchsfrist

Die Frist für die Einlegung des Widerspruchs beträgt **einen Monat** nach Zustellung des Prüfbescheids.[1313] Der Bescheid muss eine entsprechende **Rechtsbehelfsbelehrung** enthalten[1314] und auch mitteilen, wo der Widerspruch einzulegen ist.[1315] Andernfalls ist der Widerspruch beim Prüfungsausschuss selbst einzulegen.[1316] Wird nicht innerhalb der Monatsfrist Widerspruch eingelegt, so wird die Entscheidung des Prüfungsausschusses **rechtskräftig**.[1317]

Gegen den Prüfbescheid des Prüfungsausschusses kann (nur) binnen eines Monats Widerspruch eingelegt werden.

Eine Ausnahme gilt nur für den Fall, dass die **Fristversäumnis ohne Verschulden** zustande gekommen ist. In diesem Fall kann **Wiedereinsetzung** in den vorhe-

---

[1313] § 106 Abs. 5 S. 5 SGB V i.V.m. § 84 Abs. 1 SGG.

[1314] Vgl. zur Rechtsbehelfsbelehrung Kap. 10.4.2, S. 305 ff.

[1315] § 36 SGB X, vgl. ausführlich *Engelmann,* in *von Wulffen*, § 36 SGB X, Rn. 1 ff.; vgl. dort sowie Kap. 10.4.2, S. 305 ff. zur fehlenden oder fehlerhaften Rechtsbelehrung.

[1316] § 84 Abs. 1 SGG; vgl. auch *Dahm*, S. 66, Rn. 177 m.w.N.

[1317] Die Rechtskraft des Prüfbescheides kann aber für jeden der am Prüfverfahren Beteiligten zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt eintreten. Denn es kommt für jeden einzelnen Beteiligten darauf an, wann diesem der Prüfbescheid zugestellt wurde – dies kann aufgrund des Postlaufes unter Umständen an verschiedenen Tagen der Fall sein. Dementsprechend beginnt auch für jeden Beteiligten erst nach Zustellung des Bescheids dessen „persönliche“ Widerspruchsfrist zu laufen. Vgl. zu den Folgen der Rechtskraft Kap. 9.5.1, S. 291.

rigen Stand beantragt werden,[1318] die jedoch durch eine Anwaltskanzlei begründet werden sollte, um im Rahmen dieses Verfahrens weitere Fehler zu vermeiden.

10.3.3. Aufschiebende Wirkung des Widerspruchs

Der Widerspruch gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses hat grundsätzlich **aufschiebende Wirkung**. Aufschiebende Wirkung bedeutet, dass ein Verwaltungsakt **nicht vollzogen** werden kann. Es tritt ein **Schwebezustand** ein, währenddessen vollendete Tatsachen nicht geschaffen werden dürfen.[1319] Die aufschiebende Wirkung hat damit zur Folge, dass die Verwaltung nichts unternehmen darf, was der Vollziehung des Verwaltungsaktes dient.

Die vom Prüfungsausschuss im Prüfbescheid ausgesprochene **Honorarkürzung** wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise kann daher **nicht realisiert** werden,[1320] bis der Beschwerdeausschuss hierüber in zweiter Instanz nach Überprüfung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens durch Erlass und Zustellung eines Bescheides entschieden hat.[1321] Eine gegenteilige Praxis durch **sofortige Honorarkürzung** nach Erlass des Prüfbescheides wäre **unzulässig** und rechtswidrig.[1322]

Durch den Widerspruch wird die ausgesprochene Honorarkürzung ausgesetzt.

Die **aufschiebende Wirkung** des Widerspruchs **endet** allerdings mit dem **Abschluss** des **Widerspruchsverfahrens**. Denn die Klage gegen die vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzung hat nach dem ausdrücklichen Gesetzes-

---

[1318] Vgl. § 67 SGG.

[1319] *Meyer-Ladewig,* § 86 a SGG, Rn. 4.

[1320] Etwa durch Verrechnung mit laufenden Honorarforderungen und entsprechenden Kürzungen der monatlichen Abschlagszahlungen oder des Honorars im Honorarbescheid.

[1321] § 106 Abs. 5 S. 4 SGB V. Die aufschiebende Wirkung ist Ausprägung des Grundsatzes der Garantie des effizienten Rechtsschutzes und damit ein fundamentaler Grundsatz des öffentlich-rechtlichen Prozesses. Wesentliches Ziel des Grundsatzes der aufschiebenden Wirkung ist es, zu verhindern, dass vollendete Tatsachen geschaffen werden. Der in Art. 19 Abs. 4 GG verfassungsrechtlich garantierte Rechtsschutz würde illusorisch, wenn die Verwaltung irreparable Maßnahmen durchführen könnte, bevor die Gerichte deren Rechtmäßigkeit überprüft haben, vgl. *Meyer-Ladewig*, § 86 a SGG, Rn. 4.
Die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gilt nach Ansicht von *Steinhilper* (MedR 2004, S. 253) allerdings nur für so genannte quartals*versetzte* Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Wird die statistische Vergleichsprüfung quartals*gleich* durchgeführt, hat der Widerspruch keine aufschiebende Wirkung, da die auf der Wirtschaftlichkeitsprüfung beruhende Kürzung dann Teil der Honorarfestsetzung ist und § 85 Abs. 4 S. 9 SGB V zur Anwendung kommt.

[1322] Vgl. zur aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Klage auch *Steinhilper*, MedR 2003, S. 433 ff.

wortlaut keine aufschiebende Wirkung mehr.[1323] Eine Ausnahme besteht nur, sofern **einstweiliger Rechtsschutz** beantragt und bewilligt wurde.[1324]

10.3.4. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

Der Beschwerdeausschuss ist durch den Widerspruch verpflichtet, den vom Prüfungsausschuss in der ersten Verwaltungsinstanz erlassenen Prüfbescheid **umfassend** auf dessen **formale und materielle Richtigkeit** zu überprüfen. Er hat nicht nur die Rechtmäßigkeit der Entscheidung des Prüfungsausschusses unter Berücksichtigung des vom jeweiligen Widerspruchsführer[1325] erhobenen Widerspruchs zu überprüfen. Im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht[1326] ist der Beschwerdeausschuss darüber hinaus unter Umständen auch verpflichtet, **eigene Erhebungen** anzustellen und aus dem Gesamtergebnis seiner eigenen Feststellungen die Wirtschaftlichkeit des geprüften Zahnarztes zu beurteilen. Es kann sich dabei auch um die Feststellung von Tatsachen handeln, die bislang noch gar nicht Gegenstand der Erörterung in dem Prüfverfahren gewesen sind.[1327]

Der Beschwerdeausschuss überprüft den Prüfbescheid umfassend.

Der Beschwerdeausschuss entscheidet in der Regel aufgrund einer **mündlichen Verhandlung** in nichtöffentlicher Sitzung.[1328] Der Widerspruchsführer erhält vor dem Ausschuss die Gelegenheit, sich zu den Tatsachen zu äußern. Ist dem Zahnarzt das **rechtliche Gehör**[1329] bis dahin vorenthalten worden, so muss seinem Anspruch spätestens im Beschwerdeverfahren Rechnung getragen werden. Auf Antrag hat der Beschwerdeausschuss **Akteneinsicht** zu gewähren.[1330]

Nach Abschluss des Verfahrens erlässt der Beschwerdeausschuss einen **schriftlichen Bescheid** über die getroffene Entscheidung. Dieser Bescheid hat **zwei Teile**: den **Tenor** und die **Begründung**. Der Tenor muss aussprechen, ob der Widerspruch zurückgewiesen oder der ursprüngliche Bescheid aufgehoben bzw. abgeändert wird. Schließlich ist der Bescheid zu **begründen**[1331] und mit einer **Rechts-**

[1323] § 106 Abs. 5 S. 7 SGB V, in Abweichung zur Regelung des § 86 a Abs. 1 SGG.
[1324] Vgl. hierzu auch Kap. 10.4.3, S. 306 ff
[1325] Zahnarzt, Krankenkasse/Landesverband der Krankenkassen oder KZV.
[1326] Vgl. hierzu auch Kap. 6.9.4, S. 136 ff.
[1327] Vgl. hierzu auch das nachfolgende Kap. 10.3.5, S. 303 ff.
[1328] Vgl. dazu Kap. 3.7.5, S. 56 ff.
[1329] Vgl. zum Anspruch auf rechtliches Gehör Kap. 3.8.1, S. 58 ff.
[1330] Vgl. zum Recht auf Akteneinsicht Kap. 3.8.2, S. 59 ff.
[1331] Vgl. zur Begründungspflicht Kap. 9.5.3, S. 292 ff.

behelfsbelehrung zu versehen.[1332] Der Bescheid des Beschwerdeausschusses ist den Beteiligten sodann **bekanntzugeben**.[1333]

10.3.5. Verschlechterungsmöglichkeit zu Lasten des Zahnarztes

Es ist durchaus möglich, dass der Zahnarzt selbst gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses keinen Widerspruch einlegen möchte, weil er beispielsweise gar nicht gekürzt wurde oder weil er die Honorarkürzung – aus welchen Gründen auch immer – für sich akzeptiert.[1334]

Legt der Zahnarzt dennoch Rechtsmittel ein, darf die Entscheidung der nächsten Instanz nicht zu seinen Lasten schlechter ausfallen. Durch dieses so genannte **Verbot der „Verschlechterung"**[1335] ist es dem Beschwerdeausschuss allerdings nicht verwehrt, die **Begründung** für Honorarkürzungen und Regresse **anders** als der Prüfungsausschuss zu **gestalten**, solange die im Prüfbescheid festgesetzte Honorarkürzung **nicht höher** ausfällt. Innerhalb dieses Rahmens darf der Beschwerdeausschuss beispielsweise Honorarkürzungen bei einzelnen Gebührenpositionen erhöhen oder erstmals vornehmen sowie kompensierende Einsparungen mit geringeren Beträgen berücksichtigen oder verneinen.[1336]

Allerdings ist nicht nur der Zahnarzt befugt, gegen einen Prüfbescheid Widerspruch einzulegen. Auch die **KZV** oder die **Krankenkassen** können als **Beteiligte** des Prüfverfahrens[1337] **Widerspruch** gegen den Prüfbescheid **einlegen**.[1338] Diese sind typischerweise daran interessiert, dass der geprüfte Zahnarzt - anstatt einer schlichten Beratung[1339] oder eines Hinweises - überhaupt eine Honorarkürzung oder eine höhere, als die vom Prüfungsausschuss ausgesprochene Honorarkürzung erfährt.

[1332] Diese muss zum Ausdruck bringen, dass die Klage gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses zulässig ist, welche Frist hierfür gilt und wie die Anschrift des zuständigen Sozialgerichts lautet, vgl. hierzu auch Kap. 10.4.2, S. 305 ff.

[1333] § 106 Abs. 5 S. 5 SGB V i.V.m. § 85 Abs. 3 SGG.

[1334] Vgl. hierzu bereits Kap. 10.1, S. 297 ff.

[1335] So genannte „reformatio in peius", vgl. BSG, Urt. v. 08.06.1982 – 6 RKa 12/80 -.

[1336] Ebenso kann er die Vergleichsprüfung auf eine breitere Grundlage stellen, indem er bei seinem Wirtschaftlichkeitsvergleich statt der vom Prüfungsausschuss allein einbezogenen Familienversicherten nunmehr alle Versichertengruppen berücksichtigt, vgl. BSG, Urt. v. 28.06.2000 – B 6 KA 36/98 R -.

[1337] Vgl. zur Beteiligtenfähigkeit und der damit verbundenen Rechtsposition Kap. 3.7.1, S. 52.

[1338] § 106 Abs. 5 S. 3 SGB V; vgl. hierzu bereits Kap. 10.3, S. 299 ff.

[1339] Vgl. zur Beratungspflicht Kap. 9.2, S. 276 ff.

In diesem Fall gilt das oben genannte Verschlechterungsverbot nicht, vielmehr kann ein Widerspruch der Krankenkassen eine (noch höhere) Honorarkürzung zur Folge haben.[1340]

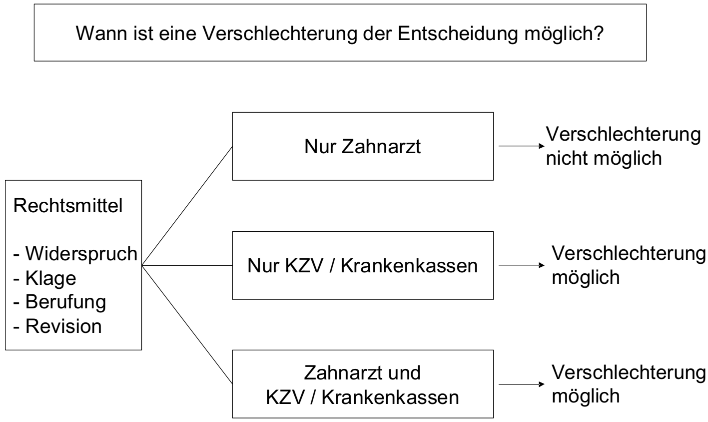


Abbildung 34

Wird der Prüfbescheid (auch) durch Krankenkassen oder KZV angefochten, muss der Zahnarzt mit einer (noch höheren) Honorarkürzung rechnen.

Zahnärzte können sich grundsätzlich dann nicht auf das Verbot der Verschlechterung des Prüfbescheids berufen, wenn die Honorarkürzung zulässigerweise durch einen am Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren beteiligten **Dritten angefochten** wurde.[1341] Sofern das Rechtsmittel einer Krankenkasse oder der KZV erfolgreich ist und eine höhere Honorarkürzung ausgesprochen wird, muss dies auch vom Zahnarzt **akzeptiert** werden.

[1340] Vgl. hierzu die beiden Beispiele in Kap. 9.4.2, S. 286 ff.

[1341] Denn dadurch war der Bescheid gerade noch nicht rechtskräftig geworden – vielmehr war durch den Widerspruch eines Beteiligten eine Verschlechterung zu Lasten des Zahnarztes in Form einer (noch höheren) Honorarkürzung zu befürchten.

10.4. Klage vor dem Sozialgericht

10.4.1. Grundlagen

Gegen den Widerspruchsbescheid des Beschwerdeausschusses kann vor dem **Sozialgericht** Klage erhoben werden.[1342] Die Sozialgerichte sind besondere Verwaltungsgerichte innerhalb der gegliederten Gerichtsbarkeit.[1343] Die **Bundesländer** haben **mehrere Sozialgerichte**[1344] und je **ein Landessozialgericht**. Für den Bund ist das **Bundessozialgericht** mit Sitz in Kassel eingerichtet.[1345]

Örtlich zuständig ist dasjenige Sozialgericht, in dessen Bezirk die **KZV** ihren **Sitz** hat.[1346] Voraussetzung für die Zulässigkeit der Klage ist die vorherige Durchführung eines Widerspruchsverfahrens vor dem Beschwerdeausschuss.[1347]

10.4.2. Klagefrist und Rechtsbehelfsbelehrung

Die Klage muss **innerhalb eines Monats** nach Bekanntgabe des Bescheids des Beschwerdeausschusses erhoben werden.[1348] Der Bescheid muss dem Zahnarzt hierbei durch **förmliche Zustellung** übermittelt worden sein.[1349]

Die Klagefrist von einem Monat muss unbedingt eingehalten werden!

Die Frist zur Einlegung der Klage oder eines anderen Rechtsmittels beginnt jedoch nur dann zu laufen, wenn der Zahnarzt über die Möglichkeit der Einlegung eines Rechtsmittels, den Sitz des Beschwerdeausschusses oder des Gerichts, bei denen das Rechtsmittel anzubringen ist und über die einzuhaltende Frist **aus-**

1342 § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG. Abzustellen ist grundsätzlich nur auf den Bescheid des Beschwerdeausschusses, nicht auf den Bescheid des Prüfungsausschusses, st. Rspr., vgl. etwa BSG, Urt. v. 28.06.2000 – B 6 KA 36/98 R – m.w.N.; BSG, Urt. v. 09.03.1994 – 6 RKa 5/92 -.
1343 § 1 SGG.
1344 Bundesweit gibt es derzeit 69 Sozialgerichte.
1345 §§ 2, 7, 28, 38 SGG.
1346 § 57 a S. 1 Alt. 2 SGG.
1347 Vgl. hierzu Kap. 10.3, S. 299 ff.
1348 § 87 Abs. 1 SGG. Die Monatsfrist ist nach § 64 SGG zu berechnen.
1349 § 85 Abs. 3 S. 1 SGG. Nur wenn das gesetzlich vorgesehene Verfahren eingehalten ist, also eine Zustellung mit Postzustellungsurkunde oder mittels eingeschriebenem Brief erfolgt ist, kann der Fristbeginn zu Lasten des Arztes ausgelöst werden. Eine formlose Bekanntmachung setzt die Klagefrist demgegenüber nicht in Gang, selbst wenn die Behörde den Zugang des Bescheids nachweisen kann, vgl. hierzu auch *Reinhold*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 150, Rn. 504.

drücklich belehrt worden ist.[1350] Die **Rechtsmittelbelehrung** muss grundsätzlich schriftlich erfolgen. Sie ist bei Beschlüssen und Urteilen **Bestandteil der Entscheidung** und muss von der Unterschrift gedeckt sein.[1351] Die Rechtsbehelfsbelehrung muss zum Ausdruck bringen, dass die Klage gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses zulässig ist, welche Frist hierfür gilt und wie die Anschrift des zuständigen Sozialgerichts lautet.

Sinn und Zweck der Rechtsmittelbelehrung ist es, dass niemand aus Unkenntnis daran gehindert sein soll, das richtige Rechtsmittel einzulegen. Ist die **Belehrung** jedoch **unterblieben** oder **unrichtig** erteilt, so ist die Einlegung des Rechtsmittels noch innerhalb **eines Jahres** seit Zustellung, Eröffnung oder Verkündung des Bescheides zulässig.[1352]

Die Klagefrist beginnt erst nach ordnungsgemäßer Rechtsmittelbelehrung.

10.4.3. Keine aufschiebende Wirkung der Klage

Eine Klage gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses kann die im Bescheid ausgesprochene oder bestätigte Honorarkürzung nicht mehr verhindern. Denn die **Klage** hat nach dem ausdrücklichen Wortlaut und dem Willen des Gesetzgebers **keine aufschiebende Wirkung**.[1353] Insoweit **unterscheidet** sich die Wirkung der **Klage** gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses von derjenigen des **Widerspruchs** gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses, der ja eine Aufschiebung der Prüfentscheidung bewirkt.[1354]

Die vom Beschwerdeausschuss festgesetzte oder bestätigte **Honorarkürzung** kann daher trotz der Anrufung des Gerichts nunmehr **vollzogen** werden. Die Kürzung erfolgt durch die KZV, die allenfalls im Kulanzwege bereit sein könnte, mit der Kürzung bzw. Verrechnung des Honorars bis zur Beendigung des Verfahrens zu warten.[1355] Dies wird allerdings nur ausnahmsweise der Fall sein.

[1350] § 66 Abs. 1 SGG.

[1351] §§ 136 Abs. 1 Nr. 7, 142 Abs. 1, 85 Abs. 3 S. 4 SGG. Vgl. zu den weiteren Voraussetzungen einer ordnungsgemäßen Rechtsbehelfsbelehrung *Roller*, in Hk-SGG, § 66 SGG, Rn. 4.

[1352] § 66 Abs. 2 SGG. War die Einlegung selbst innerhalb der Jahresfrist infolge höherer Gewalt unmöglich oder war eine schriftliche Belehrung dahingehend erfolgt, dass ein Rechtsbehelf überhaupt nicht gegeben sei, so verlängert sich auch die Jahresfrist, § 66 Abs. 2 SGG.

[1353] § 106 Abs. 5 S. 7 SGB V für Honorarkürzungen; § 106 Abs. 5 a S. 6 SGB V für Richtgrößenregresse. Dies gilt auch für die Berufung und Revision.

[1354] Vgl. hierzu Kap. 10.3.3, S. 301.

[1355] So für Richtgrößenregresse explizit § 106 Abs. 5 c S. 4 SGB V, sofern der Vertragsarzt nachweist, dass ihn die Rückforderung wirtschaftlich gefährden würde.

Der Zahnarzt muss trotz seiner Klage gegen die Honorarkürzung bis zum endgültigen Abschluss des Gerichtsverfahrens eine Kürzung hinnehmen.

Sollte der Zahnarzt erfolgreich gegen die Honorarkürzung geklagt haben, erhält er zwar nach Abschluss des Klageverfahrens das bereits gekürzte Honorar ganz oder teilweise zurückerstattet. Die Erstattung erfolgt allerdings **ohne Verzinsung**, weshalb hierdurch – je nach Verfahrensdauer - ein erheblicher **Zinsnachteil** entstehen kann.

Falls der Zahnarzt darlegen kann, dass er durch die Honorarkürzung in seiner **Existenz** oder in seiner **Liquidität erheblich gefährdet** und der Prüfbescheid voraussichtlich **rechtswidrig** ist, kommt im Wege des **einstweiligen Rechtsschutzes** eine **einstweilige Anordnung** zur Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage in Betracht.[1356]

10.4.4. Klagebefugnis und Rechtsschutzbedürfnis

10.4.4.1. Klagebefugnis des Zahnarztes

Jede Rechtsverfolgung setzt ein **Rechtsschutzbedürfnis** (Rechtsschutzinteresse) voraus. Die Klage vor den Sozialgerichten ist daher nur **zulässig**, wenn der Kläger in seinen Rechten beeinträchtigt ist oder ein rechtlicher Nachteil bevorsteht, der Kläger also in seinen Rechten „beschwert" ist.[1357] Honorarkürzungen durch den Beschwerdeausschuss sind grundsätzlich belastende **Verwaltungsakte**,[1358] weshalb der **Zahnarzt** daher ohne weiteres Klage vor dem Sozialgericht erheben kann.[1359]

Schwieriger ist die Beurteilung im Falle einer **Beratung** als Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung:[1360] Stellt auch diese Maßnahme - wie die Honorarkürzung - einen belastenden Verwaltungsakt dar und eröffnet damit die Klagebefugnis für den Zahnarzt?

Hier wird es darauf ankommen, ob die **Beratung** wie ein **Vergleichsgespräch** der **gütlichen Einigung** dient und einen belastenden Verwaltungsakt gerade vermei-

---

1356 §§ 86 a, 86 b SGG, vgl. hierzu auch die Kommentierung von *Binder*, in Hk-SGG und *Jansen*. Mehr Aussicht hat in einem solchen Fall aber möglicherweise der Versuch einer außergerichtlichen gütlichen Vereinbarung mit der KZV über eine ratenweise Kürzung des Betrages.

1357 Auch wenn das im SGG und in anderen Verfahrensgesetzen nur vereinzelt zum Ausdruck gebracht worden ist, *Meyer-Ladewig*, vor § 51 SGG, Rn. 16 a.

1358 Vgl. hierzu Kap. 9.5.1, S. 291.

1359 § 54 Abs. 1 S. 2 SGG, vgl. *Meyer-Ladewig*, vor § 51 SGG, Rn. 16 a.

1360 Vgl. hierzu Kap. 9.2, S. 276 ff.

den soll oder ob die **Beratung mit der Warnung verbunden** ist, im künftigen Fall einer festgestellten Unwirtschaftlichkeit auch entsprechende Kürzungsmaßnahmen vorzunehmen.[1361] In diesem Fall wird auch die „bloße“ Beratung bereits einen belastenden Verwaltungsakt darstellen, gegen den sich der Zahnarzt mit der Klage wehren darf.

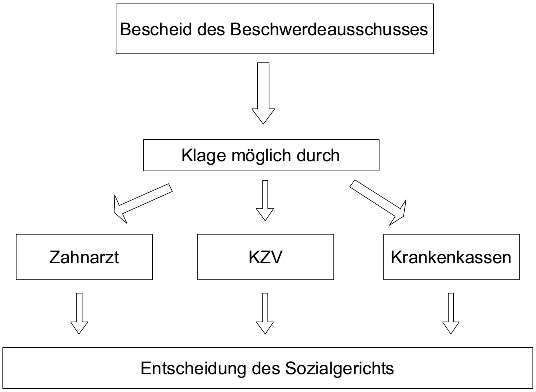


Abbildung 35

10.4.4.2. Klagebefugnis der KZV und Krankenkassen

Die **KZV** und die **Krankenkassen** (bzw. deren Verbände) sind dann durch die Entscheidung des Prüfgremiums **beschwert**, wenn entweder keine Honorarkürzung erfolgte (und beispielsweise nur eine Beratung des Zahnarztes) oder eine – nach Auffassung der KZV oder der Krankenkassen - für zu gering befundene Honorarkürzung festgesetzt wurde.[1362] Aufgrund dieser Beschwer sind folglich auch die KZV und die Krankenkassen befugt, gegen den Prüfbescheid zu klagen, um eine (höhere) Honorarkürzung durchzusetzen.[1363]

[1361] Vgl. hierzu ausführlich *Reinhold*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 147, Rn. 497 ff.

[1362] Vgl. hierzu bereits Kap. 10.3.5, S. 303 ff. Denn die Vergütung der Zahnärzte erfolgt durch die Krankenkassen, die an die KZV eine Gesamtvergütung bezahlen. Die KZV leitet diese nach bestimmten Kriterien der Honorarverteilung an die Zahnärzte auf Grundlage der jeweiligen Quartalsabrechnung weiter, vgl. hierzu auch ausführlich *Quaas/Zuck*, S. 399 ff., 639 ff. sowie *Ries/Schnieder/Großbölting*, S. 36 ff.

[1363] Vgl. hierzu auch die beiden Entscheidungen des BSG in Kap. 9.4.2, S. 286 ff. Daher sind die Krankenkassen bzw. ihre Verbände und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu einem gerichtlichen Verfahren, das sich gegen die Entscheidung eines Beschwerdeausschusses richtet, typischerweise notwendig beizuladen, vgl. § 75 Abs. 2 SGG; vgl. auch BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R -.

10.4.5. Form, Klageantrag und Klagegegner

Die Klage muss **schriftlich** erhoben werden.[1364] Der Schriftform genügen auch Telegramm, Telex und Telefax.[1365] Das Sozialgerichtsgesetz erleichtert es darüber hinaus den Beteiligten sehr, notwendigen Rechtsschutz zu finden. So reicht allein die Willensäußerung, dass die gerichtliche Überprüfung einer Verwaltungsmaßnahme begehrt wird.[1366] Ein bestimmter **Klageantrag** ist nicht erforderlich. Es empfiehlt sich allerdings, das Klagebegehren weitestgehend zu präzisieren und einen korrekten Klageantrag zu formulieren.[1367]

Die Klage richtet sich gegen den Beschwerdeausschuss.

Klagegegner ist (nur) der **Beschwerdeausschuss**.[1368] Richtige **Klageart** ist die kombinierte **Anfechtungs- und Verpflichtungsklage** mit dem Ziel, den Bescheid des Beschwerdeausschusses aufzuheben und den Beschwerdeausschuss zu verpflichten, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.[1369] Denn die gerichtliche Überprüfung beschränkt sich auf das Vorliegen von Ermessensfehlern.[1370]

10.4.6. Besetzung des Gerichts

Bei den Sozialgerichten sind eigene Kammern für Streitigkeiten aus den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten (Vertragsarztrecht) gebildet. Hierbei wird unterschieden zwischen den Kammern

---

[1364] § 90 SGG. Allerdings reicht es auch, wenn der Zahnarzt sich zur Geschäftsstelle des Gerichtes begibt und die Klage „zur Niederschrift des Urkundsbeamten" erhebt.

[1365] § 92 SGG. Für die Niederschrift genügt, dass der Kläger seine telefonische Mitteilung der Geschäftsstelle des Gerichts durchgibt. Dies ist jedoch nicht unbestritten, weshalb die Klage zumindest per Telefax übermittelt werden sollte, vgl. *Reinhold*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 149, Rn. 503.

[1366] Demgegenüber genügt es freilich nicht, nur auf das Gesetz, die Verwaltung oder ihre Entscheidung zu schimpfen bzw. eine andere Lösung vorzuschlagen; vgl. hierzu *Reinhold*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 149, Rn. 502, der als Richter am Sozialgericht Köln offensichtlich auch solche Eingaben erlebt hat.

[1367] Dies wird eine spezialisierte Anwaltskanzlei für Sie erledigen und präzisieren, inwieweit der Bescheid angegriffen wird, vgl. etwa www.beatebahner.de.

[1368] Im Bereich der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist Gegenstand der gerichtlichen Prüfung allein der Bescheid des Beschwerdeausschusses, da das Beschwerdeverfahren kein Widerspruchsverfahren im Sinne des § 78 SGG ist, vgl. BSG, Urt. v. 09.03.1994 – 6 RKa 5/92 -. Insoweit ergeben sich hier im Hinblick auf § 95 SGG prozessuale Unterschiede zu den sonstigen Klagegegenständen.

[1369] § 54 Abs. 2 S. 2 i.V.m. § 131 Abs. 3 SGG.

[1370] Vgl. hierzu das nachfolgende Kap. 10.4.7, S. 311ff.

für Angelegenheiten des **Vertragsarztrechts** und Kammern für Angelegenheiten der **Vertragsärzte**.[1371]

Die Gerichte sind in allen Instanzen mit **Berufsrichtern** und **ehrenamtlichen Richtern** besetzt,[1372] beim Sozialgericht mit jeweils einem Berufsrichter und zwei ehrenamtlichen Richtern. Den Vorsitz führt der Berufsrichter.[1373] Die **Besetzung** der **ehrenamtlichen Richterstellen** richtet sich nach dem jeweiligen **Streitgegenstand**:[1374] Entscheiden im vorherigen Verwaltungsverfahren ausschließlich Vertragsärzte – wie etwa in Disziplinarsachen oder Gebührenstreitigkeiten –, so befinden hierüber im gerichtlichen Verfahren als ehrenamtliche Richter ebenfalls nur Vertragsärzte.

Bei den Sozialgerichten gibt es besondere Kammern für Vertragsarztrecht.

Für die Überwachung der **Wirtschaftlichkeit** in der vertragsärztlichen Versorgung ist demgegenüber gesetzlich die **paritätische Besetzung** der Prüfungseinrichtungen vorgesehen.[1375] Entsprechend müssen auch die **Kammern** der Sozialgerichte und die Senate der Landessozialgerichte sowie des Bundessozialgerichts **paritätisch** besetzt sein.[1376]

Die **Beisitzerliste** kann im Laufe des Geschäftsjahres nicht geändert werden, es sei denn, ein Beisitzer wird nachberufen.[1377] Eine eventuell fehlerhafte Besetzung ist **nicht von Amts wegen** zu berücksichtigen, sondern muss von den **Parteien gerügt** werden.[1378] Ist das Gericht nicht vorschriftsmäßig besetzt, liegt allerdings ein wesentlicher **Verfahrensmangel** vor, der zur Rechtswidrigkeit und damit zur Aufhebung des Bescheides führt.[1379]

[1371] § 12 Abs. 3 SGG.

[1372] §§ 3, 12, 33, 40, 41 SGG. Vgl. zur Rolle und Zukunft ehrenamtlicher Richter in der Sozialgerichtsbarkeit *Eichenhofer*, SGb 2005, S. 313 ff.

[1373] § 6 Nr. 2 SGG.

[1374] BSG, Urt. v. 01.10.1990 - 6 RKa 30/89 -; vgl. auch *Reinhold*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 141, Rn. 475 ff.

[1375] § 106 Abs. 4 SGB V; BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 17/90 -; vgl. hierzu auch Kap. 3.3.1, S. 38 ff.

[1376] Ist zweifelhaft und umstritten, ob ein allein aus Kassenärzten oder ein paritätisch zusammengesetztes Entscheidungsgremium zuständig ist, muss in so genannter „gemischter Besetzung“ der Richterbank entschieden werden, vgl. BSG, Urt. v. 09.09.1998 – B 6 KA 80/97 - zur Frage, ob die KV oder der Beschwerdeausschuss für die Kostenfestsetzung zuständig ist.

[1377] § 6 Nr. 1 SGG. Bei den Geschäftsstellen der Kammern und Senate lassen sich die Unterlagen einsehen, aus denen sich die Ladung der Beisitzer ergibt.

[1378] Zu den Konsequenzen einer fehlerhaften Besetzung vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2000 – B 6 KA 42/00 R -; zu den verschiedenen Fehlermöglichkeiten bei der richterlichen Besetzung vgl. ausführlich *Reinhold*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 142, Rn. 478 ff. m.w.N.

[1379] Verstoß gegen § 101 Abs. 1 S. 2 SGG.

10.4.7. Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung

10.4.7.1. Überprüfung des Abwägungsvorgangs

Gegenstand der Überprüfung durch das Sozialgericht ist grundsätzlich nur der **Bescheid** des **Beschwerdeausschusses**, nicht jedoch der Bescheid des Prüfungsausschusses.[1380] Denn die Funktion des Beschwerdeausschusses beschränkt sich nicht auf die einer Widerspruchsstelle. Vielmehr wird der Beschwerdeausschuss nach Anrufung durch einen Beteiligten als **zweite Verwaltungsinstanz** tätig, die eine selbstständige und uneingeschränkte Prüfung vornimmt.[1381] Der Beschwerdeausschuss hat deshalb im Prozess in der Regel die Stellung des **Beklagten**.[1382]

Das Sozialgericht prüft nur den Bescheid des Beschwerdeausschusses.

Die **Prüfung** des **Sozialgerichts** bezieht sich dabei **nicht** auf die konkrete **Kürzungsentscheidung** des Beschwerdeausschusses. Die gerichtliche Überprüfung beschränkt sich vielmehr darauf, ob **Fehler** in dessen **Abwägungsentscheidung** vorliegen. Denn die Ermessensentscheidungen der Verwaltung dürfen nur darauf überprüft werden, ob die gesetzlichen **Grenzen des Ermessens eingehalten** und von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht ist.[1383] Innerhalb der Grenzen der Vertretbarkeit einer begründeten und abgewogenen Entscheidung besitzen die **Prüfgremien** daher eine **Einschätzungs-** und **Entscheidungskompetenz**, die gerichtlich nicht angreifbar ist.[1384]

Eine gerichtliche Überprüfung des Bescheides ist nur begrenzt möglich.

Soweit den Prüfgremien ein **Beurteilungs- und Ermessensspielraum** zusteht, beschränkt sich die Kontrolle des Gerichts folglich darauf, ob

- das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden ist,[1385]
- der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt,[1386]

[1380] BSG, Urt. v. 19.06.1996 – 6 RKa 40/95 -; BSG, Urt. v. 09.03.1994 – 6 RKa 18/92 -; vgl. umfassend zum Verfahren *Reinhold*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 139 ff., Rn. 468 ff.

[1381] Vgl. hierzu bereits Kap. 10.3.4, S. 302 ff.

[1382] BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.

[1383] § 54 Abs. 2 S. 2 SGG; BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -.

[1384] Vgl. hierzu Kap. 3.7.6, S. 56 ff.

[1385] BSG, Urt. v. 30.11.1994 - 6 RKa 16/93 -.

[1386] Vgl. hierzu Kap. 6.9.4, S. 136 ff.

- die Verwaltung die durch die Auslegung eines unbestimmten Rechtsbegriffs[1387] ermittelten Grenzen eingehalten hat,
- das Prüfgremium seine Erwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist.[1388]

10.4.7.2. Bindung an die rechtmäßige Ermessensentscheidung

Soweit sich die Entscheidungen der Beschwerdeausschüsse in diesem Beurteilungsspielraum halten, sind die **Sozialgerichte** hieran **gebunden**. Eine Kontrolle des eigentlichen Ergebnisses – also beispielsweise der Höhe der Honorarkürzung -, welchem die vorherige Abwägung der Entscheidung zugrunde liegt, ist demgegenüber nur dann möglich, wenn das Ergebnis außerhalb eines Bereichs „ungefährer Richtigkeit" liegt.[1389] Da die **Höhe einer Honorarkürzung** grundsätzlich im **Ermessen der Prüfgremien** liegt,[1390] können die Gerichte nicht selbst eine konkrete Kürzungshöhe festsetzen.

Die Gerichte können im Regelfall nicht selbst eine Honorarkürzung aussprechen.

Das **Urteil** kann den **Beschwerdeausschuss** lediglich dazu **verpflichten**, den **Bescheid** unter Beachtung der gerichtlich festgestellten Grundsätze **neu zu fassen** und darauf basierend eine entsprechende (geringere oder höhere) Honorarkürzung vorzunehmen. Eine Ausnahme gilt nur, falls aufgrund des konkreten Einzelfalles nur eine einzig mögliche Entscheidung in Betracht kommt und daher das Ermessen des Beschwerdeausschusses „auf Null reduziert" ist.[1391]

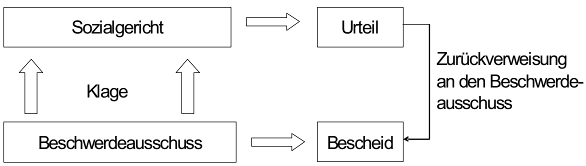


Abbildung 36

[1387] Z.B. den Begriff der „Wirtschaftlichkeit".

[1388] St. Rspr., vgl. BSG, Urt. v. 15.04.1986 – 6 RKA 27/84 -; BSG, Urt. v. 23.05.1984 – 6 RKa 17/82 -; vgl. zur Begründungspflicht auch Kap. 9.5.3, S. 292 ff.

[1389] Vgl. vorherige Fn. Ob dies zugleich bedeutet, dass die Gerichte jede Entscheidung der Prüfgremien akzeptieren, wenn diese nicht schlichtweg unvertretbar erscheint (so *Hesral*, S. 17, Rn. 53), scheint allerdings zweifelhaft.

[1390] Vgl. hierzu Kap. 9.4.1, S. 285 ff.

[1391] St. Rspr., vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 24/03 R -.

10.5. Berufung, Revision und Sprungrevision

10.5.1. Berufung vor dem Landessozialgericht

Gegen das Urteil des Sozialgerichts kann Berufung eingelegt werden, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes **500,- Euro übersteigt** oder wenn die Berufung mehrere wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft.[1392]

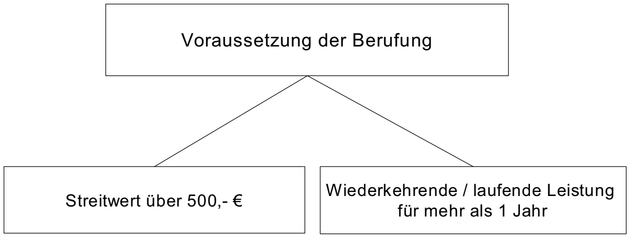


Abbildung 37

Liegt die Beschwer unter 500,- Euro, kann die **Berufung** durch das Sozialgericht **zugelassen** werden, etwa weil die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder das Urteil des Sozialgerichts von einer Entscheidung des Landessozialgerichts oder des Bundessozialgerichts abweicht oder ein wesentlicher Verfahrensfehler vorliegt.[1393] Die Zulassung kann auch mit der **Nichtzulassungsbeschwerde** durchgesetzt werden.[1394]

Das Berufungsverfahren ist in vollem Umfang als **zweite Tatsacheninstanz** ausgestaltet.[1395] Das Landessozialgericht überprüft also den gesamten Sachverhalt in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht erneut. Das Gericht ist verpflichtet, den Sachverhalt **von Amts wegen aufzuklären**.[1396] Ein Verstoß gegen diese so genannte Amtsermittlungspflicht setzt allerdings voraus, dass sich das Gericht von seiner Rechtsauffassung aus hätte gedrängt sehen müssen, weitere Ermittlungen zu erheben. [1397]

Das Landessozialgericht überprüft den gesamten Fall erneut.

[1392] §§ 143, 144 SGG.
[1393] § 144 Abs. 2 Nr. 1-3 SGG. Das LSG ist an die Zulassungsentscheidung des SG gebunden.
[1394] § 145 SGG.
[1395] § 157 SGG; vgl. auch BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R -.
[1396] § 103 SGG.
[1397] Im entschiedenen Fall verneint von BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R -.

Die Entscheidung, ob die Sache bei wesentlichen Mängeln des sozialgerichtlichen Verfahrens an das **Sozialgericht zurückverwiesen** wird oder ob das Landessozialgericht in der Sache inhaltlich **selbst entscheidet**, steht im **Ermessen** des Landessozialgerichts.[1398] Dabei ist zu berücksichtigen, dass dieses Ermessen des Berufungsgerichts selbst bei Verfahrensfehlern des erstinstanzlichen Sozialgerichts von erheblichem Gewicht nicht eingeschränkt ist.[1399]

Das **Landessozialgericht** entscheidet schließlich darüber, ob es gegen seine eigene Entscheidung die **Revision** beim Bundessozialgericht **zulässt**.[1400] Die Revision ist nur zuzulassen, wenn

- die **Rechtssache grundsätzliche Bedeutung** hat, also ungeklärte Rechtsfragen aufwirft und über den Einzelfall hinaus von allgemeinem Interesse ist oder
- das **Berufungsurteil** von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts **abweicht**.[1401]

Allein mit der Behauptung, das Berufungsurteil des Landessozialgerichts sei falsch, kann die Zulassung der Revision also nicht erreicht werden.

10.5.2. Revision vor dem Bundessozialgericht

10.5.2.1. Grundlagen

Das Bundessozialgericht entscheidet als **letzte Instanz** über **Revisionen** gegen Urteile des **Landessozialgerichts** oder über **Sprungrevisionen** gegen Urteile des Sozialgerichts.[1402] Das Bundessozialgericht ist besetzt mit **drei Berufsrichtern** und **zwei ehrenamtlichen Richtern**.[1403]

[1398] § 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG. Diese Entscheidung kann im Revisionsverfahren vor dem BSG nur daraufhin überprüft werden, ob ein Ermessensfehlgebrauch des Landessozialgerichts vorliegt, vgl. BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R -.

[1399] Hierbei kommt auch prozessökonomischen Gesichtspunkten eine erhebliche Bedeutung zu. Im Zweifel ist die Entscheidung des Berufungsgerichts, den Rechtsstreit selbst zu entscheiden, im Interesse einer zügigen Erledigung des Verfahrens vorzugswürdig, vgl. BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R -.

[1400] § 160 Abs. 1 SGG.

[1401] § 160 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGG.

[1402] § 39 SGG. Das BSG (mit Sitz in Kassel, § 38 SGG) hat übrigens eine sehr gut gestaltete Homepage, vgl. www.bundessozialgericht.de.

[1403] §§ 40 S. 1, 165, 33 S. 1 SGG. Beim BSG werden ebenfalls Fachsenate gebildet, § 40 SGG. Für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts entscheidet der 6. Senat unter derzeitigem Vorsitz von Dr. Klaus Engelmann, vgl. auch www.bundessozialgericht.de.

Das Bundessozialgericht hat grundsätzlich nur über **Rechtsfragen** zu entscheiden, während es tatsächliche Feststellungen der Vorinstanzen regelmäßig hinzunehmen hat.[1404] **Eigene Tatsachenfeststellungen** kann das Bundessozialgericht im Revisionsverfahren also **nicht mehr treffen**.[1405]

Im Hinblick auf die wesentlichen Aufgaben des Bundessozialgerichts zur Sicherung der Rechtseinheitlichkeit und Fortbildung des Rechts hat der Gesetzgeber den **Zugang zur Revisionsinstanz** erheblich **eingeschränkt**.

10.5.2.2. Statthaftigkeit der Revision

Die Revision ist nur statthaft, wenn sie vom Landessozialgericht oder im Falle der Sprungrevision vom Sozialgericht[1406] **ausdrücklich zugelassen** worden ist oder aufgrund einer **Nichtzulassungsbeschwerde** vom Bundessozialgericht zugelassen wird.[1407]

Die Revision wird vom Bundessozialgericht nur zugelassen, wenn ein **Verfahrensmangel** geltend gemacht wird, der auf das Ergebnis durchschlägt.[1408] Es können jedoch nicht sämtliche Verfahrensfehler geltend gemacht werden.[1409]

[1404] § 163 SGG. Im Verfahren vor dem BSG ist es deshalb grundsätzlich unerheblich, ob zum Beispiel dem angefochtenen Urteil ein medizinisches Gutachten zugrunde liegt, das zu falschen Ergebnissen kommt, ob ein Zeuge unrichtig ausgesagt hat oder ob das LSG den Behördenakten etwas entnommen hat, was in dieser Form nicht darin enthalten ist. Denn das BSG ist an die im angefochtenen Urteil getroffenen tatsächlichen Feststellungen rechtlich gebunden. Etwas anderes gilt lediglich dann, wenn dem LSG bei den tatsächlichen Feststellungen Verfahrensfehler unterlaufen sind. Diese müssen dann aber auch im Verfahren vor dem BSG rügbar sein und in der richtigen Form gerügt werden.

[1405] Es kann also z. B. keine Zeugen vernehmen. Kann der Fall aufgrund der dem Bundessozialgericht zur Verfügung stehenden tatsächlichen Feststellungen nicht entschieden werden, muss der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an die Vorinstanz zurückverwiesen werden.

[1406] Vgl. hierzu Kap. 10.5.3, S. 317 ff.

[1407] Insgesamt sind etwa 80 % aller beim BSG eingehenden Revisionen von den Landessozialgerichten zugelassen, etwa 8 % (als Sprungrevisionen) von den Sozialgerichten; etwa 12 % der Zulassungen erfolgen auf Nichtzulassungsbeschwerde durch das Bundessozialgericht selbst, vgl. www.bundessozialgericht.de/funktion-bsg.htm (Zahlen für 2003).

[1408] § 160 Abs. 2 Nr. 3 SGG. Dieser Zulassungsgrund kommt nur bei der Nichtzulassungsbeschwerde in Betracht. Die Nichtzulassungsbeschwerde muss den geltend gemachten Zulassungsgrund genau, ausführlich und nach bestimmten Regeln darlegen, um überhaupt zulässig zu sein. Begründet ist die Nichtzulassungsbeschwerde nur dann, wenn der Zulassungsgrund auch tatsächlich vorliegt. Hat zum Beispiel der Prozessbevollmächtigte des Beschwerdeführers den geltend gemachten Verfahrensfehler nicht deutlich genug vorgetragen, wird die Nichtzulassungsbeschwerde vom BSG bereits als unzulässig verworfen, vgl. hierzu auch das nachfolgende Kapitel.

Die Revision ist nur unter besonderen Voraussetzungen möglich.

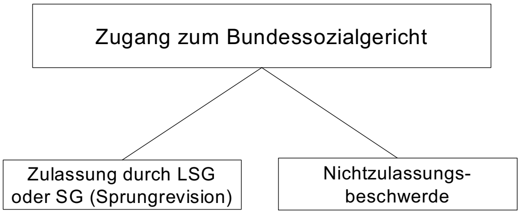


Abbildung 38

10.5.2.3. Notwendige Prozessvertretung und Begründung

Die Revision ist nach Zustellung des Urteils innerhalb eines Monats einzulegen und innerhalb von zwei Monaten zu begründen.[1410] Die Revision bzw. die Nichtzulassungsbeschwerde kann nur von einem beim Bundessozialgericht **zugelassenen Prozessbevollmächtigten** eingelegt werden.[1411] Die Revision ist zu begründen.[1412] Das gesetzliche Erfordernis, eine Revision durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten zu begründen, soll die Revisionsgerichte entlasten und im wohlverstandenen Interesse aller die **sorgfältige Vorbereitung des Verfahrens** gewährleisten.[1413] Die Revision muss daher erkennen lassen, dass der Pro-

[1409] Im Verfahren der Nichtzulassungsbeschwerde sind folgende Verfahrensfehler unerheblich: eine Verletzung des § 109 SGG (Anhörung eines bestimmten Arztes bei der Aufklärung eines medizinischen Sachverhaltes) oder des § 128 Abs. 1 S. 1 SGG (Überschreiten der Grenzen der freien Beweiswürdigung). Auf eine Verletzung des § 103 SGG (Pflicht zur Erforschung des Sachverhaltes von Amts wegen) kann der geltend gemachte Verfahrensfehler nur dann gestützt werden, wenn er sich auf einen Beweisantrag bezieht, dem das LSG ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist, vgl. § 160 Abs. 2 Nr. 3 SGG.

[1410] § 164 Abs. 2 S. 1 SGG.

[1411] § 166 SGG. Zugelassen sind Rechtsanwälte und die weiteren in § 166 Abs. 2 SGG genannten Personen.

[1412] § 164 Abs. 2 S. 1 SGG.

[1413] Die ordnungsgemäße Revisionsbegründung soll – z.B. durch klare Angaben, welche Teile des Urteils der Vorinstanz angegriffen werden und mit welchen Gründen – die Vorarbeiten des Berichterstatters erleichtern; außerdem soll erreicht werden, dass der Prozessbevollmächtigte die Rechtslage genau durchdenkt, bevor er durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Revision übernimmt und so gegebenenfalls von der Durchführung aussichtsloser Revisionen absieht, vgl. BSG, Urt. v. 20.01.2005 - B 33 KR 22/03 R -.

zessbevollmächtigte des Revisionsklägers eine Prüfung und **rechtliche Durchdringung** des im Urteil abgehandelten Rechtsstoffes vorgenommen hat.[1414]

Die **Rechtskraft** eines Urteils des Bundessozialgerichts wirkt nur zwischen den Beteiligten des jeweiligen Verfahrens. Bei den vom Bundessozialgericht zu entscheidenden Revisionen sind jedoch in aller Regel Verwaltungsbehörden beteiligt,[1415] die über eine Vielzahl gleichartiger Fälle zu entscheiden haben. Die Urteile des Bundessozialgerichts bilden daher trotz fehlender rechtlicher Bindung tatsächlich zumeist eine **Richtschnur** für die Entscheidungen der Prüfgremien in gleich gelagerten Fällen.[1416]

10.5.3. Sprungrevision zum Bundessozialgericht

Gegen das Urteil eines Sozialgerichts kann auch – unter Übergehung der Berufungsinstanz – Sprungrevision beim Bundessozialgericht eingelegt werden.

Voraussetzung ist, dass der Gegner der Sprungrevision **schriftlich zustimmt** oder dass die Sprungrevision vom Sozialgericht im Urteil oder auf Antrag durch Beschluss **zugelassen** wird.[1417]

Die Sprungrevision darf vom Sozialgericht nur unter denselben Voraussetzungen zugelassen werden wie die Zulassung der Revision durch das Berufungsgericht:[1418] So muss die Rechtssache entweder **grundsätzliche Bedeutung** haben oder das Urteil des Sozialgerichts muss von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts **abweichen** und auf dieser Abweichung beruhen.[1419]

[1414] BSG, Urt. v. 05.08.1992 – 14a/6 RKa 17/90 -.
Revisionsbegründungen sind daher trotz Unterzeichnung durch Prozessbevollmächtigte nicht als ordnungsgemäß im Sinne des § 164 Abs. 2 SGG angesehen worden, wenn der Rechtsanwalt die Durchsicht, Sichtung und Gliederung des Streitstoffs unterlassen hat. Tritt ein Prozessbevollmächtigter lediglich pro forma als Verfasser einer vorgefertigten Revisionsschrift für den Kläger oder dessen Ehegatten auf, ohne das zur ordnungsgemäßen Revisionsbegründung Erforderliche herauszufiltern, fehlt es an der gesetzlichen Form der Revisionsbegründung, vgl. BSG, Urt. v. 20.01.2005 - B 33 KR 22/03 R -.

[1415] Im Fall der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind dies die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse.

[1416] Im Falle der Abweichung eines Instanzgerichts von der Rechtsauffassung des BSG ist auch die Zulassung der Revision gegeben.

[1417] Der Antrag ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich zu stellen, § 161 Abs. 1 SGG.

[1418] Vgl. hierzu auch Kap. 10.5.2, S. 314 ff.

[1419] § 161 Abs. 2 i.V.m. § 160 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGG.

Die Sprungrevision kann jedoch **nicht** auf **Mängel** des **Verfahrens** gestützt werden.[1420]

Hat das Sozialgericht die Sprungrevision zum Bundessozialgericht zugelassen, so gilt die Einlegung der Revision sowie die Zustimmung des Gegners gleichzeitig als **Verzicht auf die Berufung** beim Landessozialgericht. Das Bundessozialgericht ist an diese Entscheidung gebunden. Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung einer Sprungrevision ab, ist dieser Beschluss unanfechtbar.

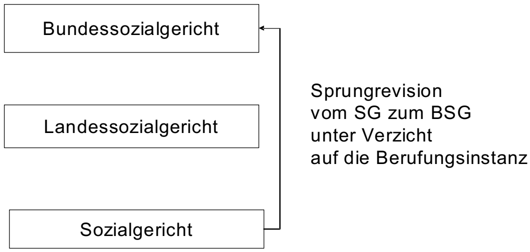


Abbildung 39

[1420] § 161 Abs. 4 SGG.

10.6. Kosten des Verfahrens

10.6.1. Verfahrenskosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Kosten für die **Durchführung** der **Wirtschaftlichkeitsprüfung** sind hinsichtlich der Tätigkeit der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse grundsätzlich von den Krankenkassen und den KZVen zu tragen. Dies gilt auch für den Fall, dass wegen festgestellter Unwirtschaftlichkeit gegen den Zahnarzt eine Honorarkürzung festgesetzt wird oder ein hiergegen eingelegter Widerspruch des Zahnarztes erfolglos bleibt. Der Zahnarzt muss – abgesehen von seinen eigenen Kosten – auch in diesem Fall die durch das Prüfverfahren entstandenen **Verfahrenskosten nicht erstatten**. Insoweit **unterscheidet** sich das Verwaltungsverfahren von dem sich anschließenden sozialgerichtlichen Verfahren, da dort die Kosten des Verfahrens der unterliegenden Partei auferlegt werden.[1421]

10.6.2. Anwaltskosten im Widerspruchsverfahren

Hat der Zahnarzt im Widerspruchsverfahren vor dem **Beschwerdeausschuss** anwaltliche Unterstützung in Anspruch genommen,[1422] so muss der Beschwerdeausschuss die zur Rechtsvertretung notwendigen **Kosten erstatten**, falls der **Widerspruch erfolgreich** war.[1423] Soweit der Widerspruch des Zahnarztes nur teilweise erfolgreich ist, erfolgt auch nur eine entsprechend prozentuale Kostenerstattung der Anwaltskosten.[1424]

1421 Vgl. hierzu Kap. 10.6.3, S. 320 ff.

1422 Dies ist schon deshalb dringend zu empfehlen, weil der geprüfte Zahnarzt andernfalls riskiert, wesentliche Mängel im Prüfbescheid zu übersehen, die im späteren Klageverfahren im Zweifel nicht mehr gerügt werden können, vgl. hierzu auch Kap. 6.9.3, S. 135 ff.

1423 § 63 Abs. 1 S. 1 SGB X. Die Pflicht zur Kostenerstattung kann in einer Prüfvereinbarung nicht abbedungen werden, vgl. BSG, Urt. v. 09.09.1998 - B 6 KA 80/97 -. Zur unmittelbaren Anwendung der Vorschrift des § 63 SGB X im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung vgl. BSG, Urt. v. 09.09.1998 – B 6 KA 80/97 -; vgl. auch *Harneit*, ZMGR 2005, S. 123. Derzeit ist beim BSG eine Sprungrevision anhängig mit den Rechtsfragen, ob die anwaltliche Vertretung im Verfahren auch schon vor dem *Prüfungs*ausschuss notwendig ist und ob eine Kostenerstattung der Anwaltskosten hierfür wirksam durch die Prüfvereinbarung ausgeschlossen werden kann (vgl. BSG - B 6 KA 78/04 R -; Vorinstanz: SG Saarbrücken - S 2 KA 15/04 -).

1424 Beispiel: Der Zahnarzt legt gegen eine Honorarkürzungsmaßnahme Widerspruch ein. Die Honorarkürzung von 10.000,- € wird nach Abschluss des Verfahrens vor dem Beschwerdeausschuss reduziert auf 4.000,- €. Der Zahnarzt war somit erfolgreich in Höhe von 6.000,- € = 60 %. Die Anwaltskosten des Zahnarztes sind daher in Höhe von 60 % vom Beschwerdeausschuss zu erstatten, in Höhe von 40 % der Anwaltskosten verbleiben diese beim Zahnarzt.

Anwaltskosten sind bei ganz oder teilweise erfolgreichem Widerspruch vom Beschwerdeausschuss anteilig zu erstatten.

Die Konkretisierung des Kostenerstattungsanspruchs des Zahnarztes im Falle des erfolgreichen Widerspruchs erfolgt in drei stufenweise aufeinander aufbauenden Entscheidungen:

- Zunächst ist im Zusammenhang mit der Kostenentscheidung darüber zu befinden, ob die **Zuziehung** eines **Rechtsanwalts notwendig** war.[1425]
- Sodann ist in einer Kostenentscheidung über den prozentualen **Umfang der Erstattung** seiner Anwaltskosten zu entscheiden.
- Auf der Grundlage dieser beiden Entscheidungen wird auf Antrag des Erstattungsberechtigten die bezifferte **Höhe des Kostenerstattungsanspruchs** im Festsetzungsbescheid bestimmt.[1426]

Die Kostenentscheidung ist eine so genannte Nebenentscheidung des Widerspruchsbescheids, die vom Beschwerdeausschuss getroffen wird.[1427] Ein Widerspruchsverfahren hiergegen findet nicht statt; die Beteiligten sind vielmehr berechtigt, gegen die Kostenfestsetzungsentscheidung unmittelbar **Klage** zum Sozialgericht zu erheben.[1428]

10.6.3. Verfahrens- und Anwaltskosten im Gerichtsverfahren

Die **Klagen** gegen die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses sind seit 2002 **nicht** mehr **gerichtskostenfrei**. Denn die am Verfahren Beteiligten – insbesondere die Zahnärzte und Ärzte als Leistungserbringer - gehören nicht zu dem im Sozialgerichtsverfahren hinsichtlich der Kostenbefreiung bevorzugten Personenkreis.[1429]

[1425] § 63 Abs. 3 S. 2 SGB X. Die Notwendigkeit der Zuziehung eines Rechtsanwalts wird wegen der besonderen Schwierigkeiten des Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich bejaht, da es dem Zahnarzt nicht zuzumuten ist, das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss alleine zu führen, vgl. BSG, Beschl. v. 29.09.1999 – B 6 KA 30/99 B -.

[1426] Nach § 63 Abs. 3 S. 1 SGB X; vgl. zu dieser stufenweisen Kostenentscheidung BSG, Urt. v. 09.09.1998 – B 6 KA 80/97 -.

[1427] Das Gesetz weicht insoweit von der Vorschrift über die Kostenfestsetzung im gerichtlichen Verfahren (§ 197 SGG) ab. Dort werden die zu erstattenden Kosten der Beteiligten oder ihrer Rechtsanwälte ausschließlich vom Gericht des ersten Rechtszuges, also dem Sozialgericht, festgesetzt, selbst wenn Berufung oder Revision eingelegt wurde.

[1428] BSG, Urt. v. 09.09.1998 – B 6 KA 80/97 -.

[1429] Nach § 183 SGG, vgl. auch § 197 a SGG.

Nunmehr sind im Falle des **Unterliegens** (ganz oder teilweise) auch vom Zahnarzt Gerichtskosten zu tragen.[1430] Möglicherweise fallen auch Kosten für die anwaltliche Vertretung des Beschwerdeausschusses an.[1431]

Im Falle des **Obsiegens** ist demgegenüber der Beschwerdeausschuss - ganz oder teilweise entsprechend der Erfolgsquote – verpflichtet, die Gerichts- und Anwaltskosten zu tragen. Denn die dem Zahnarzt **im Gerichtsverfahren** entstandenen **Anwaltskosten** sind **stets erstattungsfähig**.[1432] Die Kostenerstattung bezieht sich auf das gesamte Verfahren, also auch auf das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss, selbst wenn der Widerspruch dort nicht erfolgreich war und der Zahnarzt die Anwaltskosten daher zunächst selbst tragen musste. Insoweit gilt das Prinzip der **Einheitlichkeit der Kostenentscheidung**.[1433]

Der **Gegenstandswert** für die Bemessung der **Gerichtskosten** und die **anwaltliche Tätigkeit** im Verfahren der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung bemisst sich grundsätzlich nach der Höhe des angegriffenen Kürzungsbetrages (Streitwert).[1434]

Der Beschwerdeausschuss muss je nach Erfolgsquote
die Anwaltskosten des Zahnarztes ganz oder teilweise erstatten.

1430 § 197 a SGG mit Verweis auf die Vorschriften des GKG und der §§ 154-162 VwGO.

1431 Die Beschwerdeausschüsse können sich auch nach der Neuorganisation der Prüfungsausschüsse durch die Gesundheitsreform 2004 vor Gericht anwaltlich vertreten lassen. Zwar wird der Ausschuss gerichtlich und außergerichtlich durch den Vorsitzenden vertreten (§ 2 Abs. 1 S. 3 Nr. 5 WiPrüfVO); dies schließt eine Vertretung jedenfalls dann nicht aus, wenn der Vorsitzende nicht die Befähigung zum Richteramt besitzt, so *Dahm*, S. 80, Rn. 213. Dies gilt jedoch nicht für das Vorverfahren – also das Widerspruchsverfahren vor dem Beschwerdeausschuss, vgl. *Steinhilper*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 138. Zum Kostenrisiko für die klagenden Vertragsärzte vgl. *Engelhard*, NZS 2004, S. 299 ff.

1432 In Höhe der gesetzlichen Gebühren nach RVG. In der Kostenfestsetzung des Gerichts ist daher – im Gegensatz zur Kostenentscheidung durch den Beschwerdeausschuss – nicht explizit festzustellen, dass die Hinzuziehung eines Anwalts notwendig war, § 193 Abs. 3 SGG.

1433 *Groß*, in Hk-SGG, § 193, Rn. 6.

1434 *Dahm*, S. 80, Rn. 214 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung der Landessozialgerichte. Anwendbar sind insoweit das Gerichtskostengesetz (GKG) und das Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG), sofern nicht eine hiervon abweichende Honorarvereinbarung zwischen der beauftragten Anwaltskanzlei und dem Zahnarzt getroffen wird. Die Höhe des Prozessrisikos eines Widerspruchs und/oder einer Klage/Berufung/Revision wird das beauftragte Anwaltsbüro den zahnärztlichen Mandanten ohne weiteres mitteilen.

10.6.4. Kostenerstattung durch die Rechtsschutzversicherung

Die Rechtsschutzversicherungen tragen typischerweise nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens die Kosten für eine **Klage** gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses, sofern diese hinreichend **Aussicht auf Erfolg** bietet und nicht mutwillig erscheint.[1435] Der geprüfte Zahnarzt hat insoweit die freie Wahl, welches Anwaltsbüro er mit der Durchsetzung seiner rechtlichen Interessen beauftragen möchte.[1436]

Im Falle des Unterliegens (ganz oder teilweise) erstatten die Rechtsschutzversicherungen die entstandenen **Gerichts- und Anwaltskosten**, so dass der Zahnarzt im Falle eines entsprechenden Versicherungsschutzes ohne allzu großes finanzielles Risiko Klage erheben kann.[1437]

Die dem Zahnarzt verbleibenden Anwaltskosten für das **Verwaltungsverfahren** vor den **Prüfgremien** werden von der Rechtsschutzversicherung hingegen **nur dann übernommen**, sofern dies bei Abschluss des Versicherungsvertrages **ausdrücklich vereinbart** oder falls eine besondere **Regressversicherung** abgeschlossen wurde.

Es kann sich der Abschluss einer Rechtsschutz- oder Regressversicherung empfehlen.

[1435] § 1 Abs. 1 i.V.m. § 24 Abs. 2 d ARB 75.

[1436] § 158 m VVG.

[1437] Hierbei sind jedoch vor Abschluss die Versicherungsbedingungen sowie die Höhe eines eventuellen Selbstbehaltes sorgfältig zu prüfen.

11 Disziplinar- und strafrechtliche Konsequenzen

11.1. Disziplinarbefugnisse der KZV

Die **Kassenzahnärztlichen Vereinigungen** sind durch das Gesetz mit **Disziplinarbefugnis** und Disziplinargewalt ausgestattet. Sie sind ausdrücklich befugt, das Disziplinarverfahren in einer Satzung zu regeln und entsprechende Disziplinarverfahren einzuleiten.[1438] Damit soll der **Sicherstellungsauftrag**[1439] der KZV auch durch **Sanktionsbefugnisse** verteidigt werden, um eine **pflichtentreue Teilnahme** der Leistungserbringer einfordern und gleichzeitig **Signalwirkung** für die übrigen Mitglieder entfalten zu können.[1440] Die Satzung muss hierbei, je nach Schwere der Verfehlung, folgende Maßnahmen vorsehen:

- Verwarnung,
- Verweis,
- Geldbuße bis zu 10.000,- €,
- die Anordnung des Ruhens der Zulassung bis zu 2 Jahren.[1441]

Es kann eine Geldbuße von bis zu 10.000,- € verhängt oder das Ruhen der Zulassung ausgesprochen werden.

Voraussetzung für eine Disziplinarmaßnahme ist einerseits ein Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten, andererseits ein **Verschulden** des Arztes.[1442] Bei der Festsetzung der Disziplinarmaßnahmen steht dem Disziplinarausschuss ein **Ermessen** zu. Er muss allerdings das Prinzip der **Verhältnismäßigkeit** beachten.[1443]

11.1.1. Disziplinarverfahren wegen Unwirtschaftlichkeit

Andauernde Verstöße gegen das **Wirtschaftlichkeitsgebot** können nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht nur entsprechende Honorar-

---

[1438] § 81 Abs. 5 SGB V.
[1439] Vgl. hierzu Kap. 1.3.1, S. 7 ff.
[1440] Vgl. *Hess*, in: Disziplinarrecht, S. 151, Rn. 454.
Allerdings darf ein Vertragszahnarzt beispielsweise nicht wegen eines Verstoßes gegen die Behandlungsrichtlinien disziplinarisch bestraft werden, wenn er nach Beratung eines Patienten auf dessen Wunsch anstelle von Amalgam Kunststoff als Füllungsmaterial einsetzt, vgl. BSG, Urt. v. 08.09.1993 – 14a RKa 7/92 -.
[1441] § 81 Abs. 5 S. 2 SGB V.
[1442] LSG Bad.-Württ., Urt. v. 18.10.1995 – L 5 KA 262/95 -.
[1443] Vgl. hierzu Kap. 11.2.2, S. 326 ff.

kürzungen, sondern auch Disziplinarmaßnahmen nach sich ziehen.[1444] Von einem **dauernden Verstoß** gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot kann jedoch nur ausgegangen werden, wenn **mindestens drei Quartale hintereinander** eine Unwirtschaftlichkeit bestands- und rechtskräftig festgestellt worden ist. Lässt sich eine Unwirtschaftlichkeit nur in einzelnen Quartalen feststellen, während zwischenzeitlich eine Reihe von unbeanstandeten oder nicht geprüften Quartalen liegen, kann von einer dauernden Unwirtschaftlichkeit nicht ausgegangen werden.[1445]

Andauernde Unwirtschaftlichkeit kann Disziplinarmaßnahmen nach sich ziehen.

11.1.2. Antrag und Verfahren

Nur der **Vorstand** der **Kassenzahnärztlichen Vereinigung** kann einen Antrag auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens stellen. Die Krankenkassen sind hierzu nicht befugt.[1446] Allerdings können die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse die Akte an den Vorstand der KZV weiterleiten mit der Anregung zur Einleitung eines Disziplinarverfahrens. Die Verjährungsfrist beginnt erst ab Kenntnis des Sachverhaltes sowie einer entsprechenden Würdigung durch den Vorstand zu laufen.[1447]

Der Vorsitzende des Disziplinarausschusses[1448] setzt den betroffenen Zahnarzt zum Zwecke der **Anhörung** vom Antrag des Vorstandes auf Durchführung eines Disziplinarverfahrens in Kenntnis.[1449] Der Disziplinarausschuss kann Zeugen vernehmen und Sachverständige anhören. Die Mitglieder des Disziplinarausschusses können wegen **Befangenheit** abgelehnt werden.[1450] Über die Verletzung mehrerer vertragsärztlicher Pflichten kann auch in einem einzigen Disziplinarverfahren entschieden werden.[1451]

[1444] Vgl. eingehend zum Disziplinarverfahren *Ehlers*, Disziplinarrecht und Zulassungsentziehungsrecht m.w.N.

[1445] *Hess*, in: Disziplinarrecht, S. 46, Rn. 139.
Vgl. zur Zulässigkeit einer Disziplinarmaßnahme (hier 20.000,- DM) wegen – im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung festgestellter – unkorrekter Abrechnungen LSG NRW, Urt. v. 11.02.2004 – L 11 KA 30/03 -.

[1446] Die Krankenkassen sind jedoch befugt, beim Zulassungsausschuss den Entzug der Zulassung zu beantragen, vgl. hierzu das nachfolgende Kap. 11.2, S. 325 ff.

[1447] BSG, Urt. v. 15.05.1991 - 6 RKa 37/89 -. Allerdings müssen die Satzungen bzw. Disziplinarordnungen der K(Z)Ven keine Regelungen über eine Verjährung der Verfolgung von Disziplinarmaßnahmen enthalten, vgl. hierzu BSG, Urt. v. 06.12.2002 – B 6 KA 9/02 R -.

[1448] Zumeist ein Jurist mit Zweitem Staatsexamen.

[1449] § 24 SGB X.

[1450] Unter Umständen kann ein Ausschluss etwa des Vorsitzenden erfolgen, wenn dieser vorher schon gutachterlich tätig gewesen ist, vgl. § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 SGB X.

[1451] BSG, Urt. v. 19.11.1985 – 6 RKa 14/83 -.

Die Entscheidung des Ausschusses ergeht durch **schriftlichen Bescheid**, der einer **Begründung** bedarf. Die Disziplinarmaßnahme wird in das Arztregister eingetragen.[1452] Gegen die Entscheidung des Disziplinarausschusses kann sofort Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden. Eine Widerspruchsmöglichkeit wie im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung sieht das Gesetz ausdrücklich nicht vor.[1453]

11.2. Entziehung der KZV-Zulassung

11.2.1. Störung des Vertrauensverhältnisses

Auf **Antrag** der Krankenkassen oder der KZV kann dem Vertragszahnarzt auch vollständig die Zulassung entzogen werden, wenn dieser seine zahnärztlichen **Pflichten gröblich verletzt** hat und sich daraus die „**Ungeeignetheit**" zur weiteren Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ergibt. Eine gröbliche Pflichtverletzung führt (nur) dann zur Ungeeignetheit als Vertragsarzt, wenn durch die **Art und Schwere des Verstoßes** das **Vertrauensverhältnis** zwischen dem Zahnarzt, der KZV und den Krankenkassen derart gestört ist, dass eine weitere Zusammenarbeit nicht mehr möglich ist.[1454]

Bei schwerer gröblicher Pflichtverletzung ist ein Zulassungsentzug möglich.

Die Entziehung der Zulassung ist keine Strafe, sondern nach anerkannter Rechtsprechung ein **Ordnungsmittel** zur **Aufrechterhaltung** der **Funktionsfähigkeit** des **Vertragsarztsystems**.[1455] Denn die vertragsärztliche Versorgung beruht im Wesentlichen auf der freiberuflichen Tätigkeit niedergelassener Ärzte und Zahnärzte und als Folge davon auf dem **Vertrauen** der KZVen und der Krankenkassen

---

[1452] § 6 Abs. 3 Ärzte-ZV.

[1453] § 81 Abs. 5 S. 4 SGB V.

[1454] BSG, Urt. v. 15.04.1986 - 6 RKa 6/85 -; BSG, Urt. v. 24.11.1993 – 6 RKa 70/91 -; Ungeeignetheit kann sich (auch) aus unsachgemäßer, der zahnärztlichen Kunst nicht entsprechender Behandlung ergeben, die den Versicherten Gesundheitsgefahren aussetzt sowie ferner aus manipulierten Abrechnungen, die das zur reibungslosen Durchführung der kassenzahnärztlichen Versorgung notwendige Vertrauensverhältnis so schwer stören, dass den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen eine weitere Zusammenarbeit nicht zugemutet werden kann, vgl. BVerfG, Beschl. v. 28.03.1985 – 1 BvR 1245, 1254/84 -. Ein aktuelles Beispiel erheblicher und vielfältigster Pflichtverletzungen bis hin zu Beleidigungen gegenüber den Gremien der Selbstverwaltung findet sich in BSG, Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 67/03 -.

[1455] BSG, Urt. v. 29.10.1986 – 6 RKa 4/86 -.

in die Korrektheit des zahnärztlichen Handelns, also auch in die wirtschaftliche Behandlung der Patienten.[1456]

Hierbei kann auch **die über Jahre fortgesetzte** und im Ausmaß weiter zunehmende **Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes** zum Entzug der vertragszahnärztlichen Zulassung führen.[1457] Das Bundessozialgericht hat beispielsweise die Entziehung einer Zulassung im Falle einer durchgehenden Unwirtschaftlichkeit eines Arztes seit dessen Beginn der Zulassung über **zehn Quartale** hinweg gebilligt, da keine entlastenden Umstände vorlagen und eine geringere Maßnahme nicht angezeigt schien.[1458] Für die Entscheidung der **Zulassungsentziehung** sind ausschließlich die **Zulassungsausschüsse zuständig**.[1459]

Eine jahrelange Unwirtschaftlichkeit kann zum
Entzug der Kassenzulassung führen.

11.2.2. Verhältnismäßigkeit der Maßnahme

Die **Zulassungsentziehung** stellt einen **schwerwiegenden Eingriff** in die verfassungsrechtlich garantierte **Berufsfreiheit** des Zahnarztes dar.[1460] Daher ist der Begriff der gröblichen Pflichtverletzung dahingehend auszulegen, dass der Ver-

---

[1456] Eine Grundpflicht des (Zahn)arztes ist hierbei die Pflicht zur „peinlich genauen Leistungsabrechnung". Denn sowohl die KVen als auch die Krankenkassen müssen sich wegen der großen Zahl der Abrechnungsfälle, die sie – solange keine konkreten Verdachtsmomente vorliegen – nicht im Einzelnen auf ihre Richtigkeit überprüfen können, auf die unbedingte Ehrlichkeit und Gewissenhaftigkeit des abrechnenden Arztes und Zahnarztes verlassen, vgl. BSG, Urt. v. 30.03.1977 - 6 RKa 4/76 -; siehe auch BVerfGE, Beschl. v. 28.03.1985 – 1 BvR 1245, 1254/84 -; *Steinhilper*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 246, Rn. 840.

[1457] St. Rspr., vgl. nur BSG, Beschl. v. 19.06.1996 – 6 BKa 25/95 -; BSG, Urt. v. 14.07.1993 – 6 RKa 10/92 – (ständige Überschreitung des Gesamtfallwertes); BSG, Urt. v. 15.04.1986 - 6 RKa 6/85 - (Überschreitung des Gesamtfallwertes seit Anbeginn der kassenärztlichen Tätigkeit über 6 Jahre hinweg mit einem Gesamtkürzungsvolumen von damals ca. 800.000,- DM).

[1458] BSG, Urteil vom 25.10.1989 – 6 RKa 28/88 – (hier Entzug wegen beharrlicher Abrechnung von Leistungen durch Neurologen, die nicht selbst, sondern durch beschäftigte – aber nicht genehmigte - Kollegen erbracht wurden, obwohl von der KV entsprechende Hinweise erfolgt waren).

[1459] §§ 95 Abs. 6, 96 i.V.m. Ärzte-ZV. Der Zulassungsentziehung kann widersprochen werden; hierüber entscheidet der Berufungsausschuss, vgl. auch *Steinhilper*, in: Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 247 ff. und *Reinhold*, in: Disziplinarrecht, S. 171 ff. Vgl. zur Anfechtungsbefugnis der Gemeinschaftspraxispartner bei Entzug der Zulassung des anderen Partners BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 69/03 -.

[1460] Der Zulassungsentzug wegen gröblicher Pflichtverletzung ist allerdings verfassungsrechtlich grundsätzlich unbedenklich, vgl. BVerfG, Beschl. v. 28.03.1985 – 1 BvR 1245, 1254/84 -.

tragsarzt zur Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch die von ihm begangene Pflichtwidrigkeit nicht mehr „geeignet" erscheinen darf.[1461] Der unbestimmte Rechtsbegriff der „Ungeeignetheit" weist auf eine **Prognose** hin und ist vom Gericht **voll überprüfbar**.[1462]

Bei der Prüfung dieser Voraussetzung ist zu berücksichtigen, dass die Entziehung der Kassenzulassung den **letzten und schwersten Eingriff in den Kassenarztstatus** darstellt. Diese Maßnahme darf daher erst ergriffen werden, wenn nicht mehr zu erwarten ist, dass der Arzt auf andere Weise zur ordnungsgemäßen Erfüllung seiner kassenärztlichen Pflichten angehalten werden kann.[1463]

Der Entzug der Zulassung muss verhältnismäßig sein.

Bei dieser Beurteilung ist auch dem verfassungsrechtlichen Prinzip der **Verhältnismäßigkeit** Rechnung zu tragen. Insbesondere ist zu prüfen, ob und inwieweit ein Disziplinarverfahren,[1464] gegebenenfalls auch mit der Anordnung eines zeitlich begrenzten **Ruhens der Zulassung** ausreicht, um den Vertragsarzt zu einem künftigen ordnungsgemäßen Verhalten zu veranlassen und die Vertrauensbasis zwischen ihm, der KZV und den Kassen trotz gröblich verletzter vertragszahnärztlicher Pflichten wieder so zu gestalten, dass eine weitere Zusammenarbeit möglich erscheint.[1465]

Die Rechtmäßigkeit einer Zulassungsentziehung ist allerdings nicht davon abhängig, ob der Arzt im Hinblick auf sein Alter überhaupt für eine **Wiederzulassung** in Betracht kommt oder ob er hinsichtlich seines Antrags auf Wiederzulassung zur vertragsärztlichen Versorgung an der Altersgrenze von 55 Jahren scheitert.[1466]

[1461] BSG, Urt. v. 29.10.1986 – 6 RKa 4/86 -; BSG, Urt. v. 15.04.1986 - 6 RKa 6/85 - m.w.N. zur Rechtsprechung des BVerfG u. BSG; BSG, Urt. v. 30.03.1977 - 6 RKa 4/76 – bei „notorischem Wiederholungstäter" hinsichtlich der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen; vgl. auch *Hesral*, in: Disziplinarrecht, S. 154 ff.

[1462] BSG, Urt. v. 15.04.1986 - 6 RKa 6/85 -.

[1463] BSG, Urt. v. 29.10.1986 – 6 RKa 4/86 – m.w.N.

[1464] Vgl. hierzu Kap. 11.1.1, S. 323 ff.

[1465] So entschieden durch BSG, Urt. v. 15.04.1986 - 6 RKa 6/85 - trotz erheblicher Unwirtschaftlichkeiten des geprüften Vertragsarztes, weil als mildere Disziplinarmaßnahme zwischenzeitlich auch die Möglichkeit der beschränkten Zulassungsentziehung für 6 Monate vorgesehen worden war. Daher müsse der strafrechtliche Grundsatz Anwendung finden, wonach das mildeste Gesetz anzuwenden sei, wenn nach Beendigung der Tat ein Gesetz geändert werde (§ 2 Abs. 3 StGB); vgl. auch *Plagemann*, S. 215, Rn. 511 m.w.N.

[1466] § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V i.V.m. § 25 Abs. 1 Ärzte-ZV. Etwas anderes kann nur gelten im Falle einer „unbilligen Härte", vgl. hierzu weitergehend BSG, Urt. v. 24.11.1993 – 6 RKa 36/92 -; vgl. zur Härtefallregelung auch BSG, Urt. v. 18.12.1996 - 6 RKa 73/96 - sowie zum Begriff der unbilligen Härte BSG, Urt. v. 24.11.1993 – 6 RKa 26/91 -.

Diese harte Sanktion wurde vom Bundessozialgericht ausdrücklich für rechtmäßig erklärt.[1467]

Der Arzt muss bei der Wiederzulassung unter 55 Jahre alt sein!

Unabhängig von dem Disziplinar- oder Zulassungsentziehungsverfahren kann wegen der gleichen Verfehlung auch ein **Strafverfahren** eingeleitet werden.[1468] In Betracht kommt hierbei insbesondere ein mögliches Verfahren wegen **Abrechnungsbetruges**[1469] oder wegen **Untreue**.[1470]

11.3. Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten

Mit der Gesundheitsreform 2004 (GMG) wurden so genannte „**Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**" eingeführt, die von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen als organisatorische Einheiten einzurichten sind.[1471] Diese Einrichtungen sollen Fällen und Sachverhalten nachgehen, die auf **Unregelmäßigkeiten** oder auf **rechtswidrige** oder **zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln** im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten.[1472]

Diese Einrichtungen nehmen **Kontrollbefugnisse** wahr[1473] und sind verpflichtet, Hinweisen nachzugehen, wenn diese aufgrund der einzelnen Angaben oder der

---

[1467] BSG, Urt. v. 29.09.1999 - B 6 KA 22/99 R -: Der Arzt habe schon jetzt Anspruch auf vorgezogenes Altersruhegeld aus dem berufsständischen Versorgungswerk, sei also nicht auf Sozialhilfe oder den Unterhalt durch die eigenen Kinder angewiesen. Eine Ausnahme wegen unbilliger Härte aus wirtschaftlichen Gründen sei daher nicht zuzulassen.

[1468] BSG, Urt. v. 29.10.1986 - 6 RKa 4/86 -.

[1469] Vgl. zur strafrechtlichen Verteidigungsstrategie im Ermittlungs- und Strafverfahren bei Betrugsvorwürfen gegen Ärzte *Dierlamm*, AusR 2001, S. 135 ff.

[1470] Vgl. zur Verurteilung eines Arztes wegen Untreue zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse aufgrund offensichtlich rechtsmissbräuchlicher Verordnung für einen Patienten: BGH, Urt. v. 25.11.2003 – 4 StR 239/03 -; vgl. hierzu auch *Weidhaas*, ZMGR, 2005, S. 52 ff.

[1471] Vgl. hierzu auch *Steinhilper*, MedR 2005, S. 134 ff.

[1472] §§ 81 a, 197 a SGB V. Die Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen und die KVen, innerhalb ihrer Organisation verselbstständigte Ermittlungs- und Prüfungsstellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten. Vgl. weiter die Gesetzesbegründung zu §§ 81 a, 197 a SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 115.

[1473] Nach § 67 c Abs. 3 SGB X.

Gesamtumstände glaubhaft erscheinen. Hierbei kann sich **jede Person** an die Krankenkassen und die weiteren Organisationen wenden.[1474]

Ergibt die Prüfung, dass ein **Anfangsverdacht** auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung besteht, soll die **Staatsanwaltschaft** unverzüglich **unterrichtet** werden. Die Unterrichtung der Staatsanwaltschaft soll die **Selbstreinigung** innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung fördern. Unterbleibt eine solche Unterrichtung, kann eine Strafvereitelung in Betracht kommen.[1475]

Fälle von **geringfügiger Bedeutung** für die gesetzliche Krankenversicherung (Bagatellfälle) sind allerdings **nicht mitteilungspflichtig**, auch damit nicht ein allgemeines Klima des Misstrauens insbesondere in dem komplexen Verhandlungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung erzeugt wird.[1476]

[1474] Die Krankenkassen haben zur Erfüllung der Aufgaben untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten, §§ 81 a, 197 a Abs. 3 SGB V.

[1475] Strafbarkeit nach § 258 StGB.

[1476] Vgl. Gesetzesbegründung zu § 81 a Abs. 4 SGB V in *SGB V Handbuch*, S. 115.
Über die Arbeit und Ergebnisse der Einrichtung ist der zuständigen Aufsichtsbehörde erstmals zum 31.12.2005 und sodann im Abstand von zwei Jahren zu berichten, vgl. § 197 Abs. 5 SGB V.

12 Anhang

12.1. Maßgebliche Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 1 SGB V: Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Behandlung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

§ 2 SGB V: Leistungen

(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

(3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 12 SGB V: Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewusst oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

§ 70 SGB V: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

§ 72 SGB V: Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Bundesknappschaft nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.

§ 106 SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Krankenkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen.

(1a) In erforderlichen Fällen berät der in Absatz 4 genannte Prüfungsausschuss die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.

(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung),

arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung).

Die Höhe der Stichprobe nach Satz 1 Nr. 2 ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen. Die Prüfungen nach Satz 1 Nr. 2 umfassen neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwendige medizinisch-technische Leistungen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die im Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Die Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Der einer Prüfung nach Satz 1 Nr. 2 zugrunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr.

(2a) Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind, soweit dafür Veranlassung besteht,

die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),

die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),

die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,

bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.

(2b) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2, insbesondere zu den Beurteilungsgegenständen nach Absatz 2a, zur Bestimmung und zum Umfang der Stichproben sowie zur Auswahl von Leistungsmerkmalen, erstmalig bis zum 31.12.2004. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Richtlinien erlassen.

(2c) Die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die den Geschäftsstellen nach Absatz 4a nach § 296 Absatz 1, 2 und 4 sowie § 297 Absatz 1 bis 3 übermittelt werden. Macht der Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Prüfungsausschuss, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder aus Kopien dieser Belege zu überprüfen ist.

(3) Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratung nach Absatz 1a und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich; die Richtlinien nach Absatz 2b sind Inhalt der Vereinbarungen. In den Vereinbarungen ist insbesondere das Verfahren der Bestimmung der Stichproben für die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 festzulegen; dabei kann die Bildung von Stichprobengruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen vorgesehen werden. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden; festzulegen ist ferner, dass der Prüfungsausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse oder ihres Verbandes Einzelfallprüfungen durchführt. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.

(3a) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 2 und § 275 Absatz 1 Nr. 3b, Absatz 1a und Absatz 1b, dass ein Arzt Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, obwohl die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen, kann der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat, und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.

(4) Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner bilden bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einem der in Satz 5 genannten Landesverbände einen gemeinsamen Prüfungs- und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Die Ausschüsse bestehen jeweils aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Über den Vorsitzenden, dessen Stellvertreter sowie den Sitz der Ausschüsse sollen sich die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen eini-

gen. Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft die Aufsichtsbehörde nach Absatz 7 im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen den jeweiligen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter und entscheidet über den Sitz der Ausschüsse.

(4a) Der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss werden bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch eine Geschäftsstelle unterstützt. Die Geschäftsstelle wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einem der in Absatz 4 Satz 5 genannten Landesverbände oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land errichtet. Über die Ausstattung der Geschäftsstelle mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sachmitteln, die Einstellung des Personals und die Inhalte und Abläufe der Tätigkeit der Geschäftsstelle entscheiden der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss gemeinsam. Die innere Organisation ist so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird. Über die nach Satz 2 zu treffende Entscheidung sollen sich die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die Aufsichtsbehörde nach Absatz 7. Die Geschäftsstelle bereitet die für die Prüfungen nach Absatz 2 erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und legt diese dem Prüfungsausschuss verbunden mit einem Vorschlag zur Festsetzung von Maßnahmen zur Entscheidung vor. Die Kosten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstelle tragen die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstellen einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden der Ausschüsse und zu den Pflichten der von den in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartnern entsandten Vertreter. Die Rechtsverordnung kann auch die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder der Ausschüsse bestimmen, die ihre Pflichten nach diesem Gesetzbuch nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen.

(4b) Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Umsetzung dieser Regelung. Können Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt werden, weil die erforderlichen Daten nach den §§ 296 und 297 nicht oder nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht fristgerecht übermittelt worden sind, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung der Vorstandsmitglieder und der jeweils entsandten Vertreter im Ausschuss den Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(4c) Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4 können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde die gemeinsame Bildung von Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen über den Bereich eines Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung hinaus vereinbaren. Die nach Absatz 4 oder 4c Satz 1 gebildeten Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde Aufgaben nach Absatz 4a durch eine in dem Bereich eines anderen Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 4a errichteten Geschäftsstelle wahrnehmen lassen, wenn dies wirtschaftlich und zweckmäßig ist; § 89 Absatz 3 bis 5, § 91 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4 und § 92 des Zehnten Buches gelten entsprechend. Die Aufsicht über die für den Bereich mehrerer Länder tätigen Ausschüsse oder Stellen nach Absatz 4a führt die für die Sozialversicherung zuständige Oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem der Ausschuss oder die Stelle ihren Sitz hat. Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen Obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.

(4d) Die nach Absatz 4 gebildeten Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde unabhängige Sachverständige oder andere private Dritte mit der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 4a beauftragen, wenn dies wirtschaftlich und zweckmäßig ist. Absatz 4c Satz 2 zweiter Halbsatz gilt.

(5) Der Prüfungsausschuss entscheidet, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Dabei sollen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkasse, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Absatz 1 und § 85 Absatz 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes). Die Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzung hat keine aufschiebende Wirkung.

(5a) Beratungen nach Absatz 1a bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen nach § 64 Absatz 6 und 8 werden durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert übersteigt und aufgrund der vorliegenden Daten der Prüfungsausschuss nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Die nach § 84 Absatz 6 zur Bestimmung der Richtgrößen verwendeten Maßstäbe können zur Feststellung von Praxisbesonderheiten nicht erneut herangezogen werden. Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch den Prüfungsausschuss den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Der Prüfungsausschuss soll vor seinen Entscheidungen und Festsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann. Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner bestimmen in Vereinbarungen nach Absatz 3 die Maßstä-

be zur Prüfung der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten. Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung.

(5b) In den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ist auch die Einhaltung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 zu prüfen, soweit ihre Geltung auf § 35b Absatz 1 beruht. Das Nähere ist in Vereinbarungen nach Absatz 3 zu regeln.

(5c) Der Prüfungsausschuss setzt den den Krankenkassen zustehenden Betrag nach Absatz 5a fest. Die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Vergütung verringert sich um diesen Betrag. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt, die der an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Vergütung zugerechnet werden. Soweit der Vertragsarzt nachweist, dass ihn die Rückforderung wirtschaftlich gefährden würde, kann die Kassenärztliche Vereinigung sie entsprechend § 76 Absatz 2 Nr. 1 und 3 des Vierten Buches stunden oder erlassen.

(5d) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von Absatz 5a Satz 3 nicht festgesetzt, soweit der Prüfungsausschuss mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen; § 106a gilt entsprechend.

(7) Die Aufsicht über die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse einschließlich der Geschäftsstellen nach Absätzen 4 und 4a führen die für die Sozialversicherung zuständigen Obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie die von ihnen festgesetzten Maßnahmen. Die Übersicht ist der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

§ 296 SGB V: Datenübermittlung bei Auffälligkeitsprüfungen

(1) Für die Prüfungen nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen nach § 106 Absatz 4a aus den Abrechnungsunterlagen der Vertragsärzte für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer,
2. Kassennummer,
3. die abgerechneten Behandlungsfälle, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen oder in der nach § 84 Absatz 6 Satz 2 bestimmten Gliederung.

Soweit zur Prüfung der Einhaltung der Richtlinien nach Maßgabe von § 106 Absatz 5b erforderlich, sind die Daten nach Satz 1 Nr. 3 jeweils unter Angabe der nach § 295 Absatz 1 Satz 2 verschlüsselten Diagnose zu übermitteln.

(2) Für die Prüfungen nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 übermitteln die Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen nach § 106 Absatz 4a über die von den Vertragsärzten verordneten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heilmittel) für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer des verordnenden Arztes,
2. Kassennummer,
3. Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verband- oder Heilmittel, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen oder in der nach § 84 Absatz 6 Satz 2 bestimmten Gliederung, bei Arzneimitteln einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Absatz 3 Nr. 1.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen im Vertrag nach § 295 Absatz 3 Nr. 5 Näheres über die nach Absatz 2 Nr. 3 anzugebenden Arten und Gruppen von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Sie können auch vereinbaren, dass jedes einzelne Mittel oder dessen Kennzeichen angegeben wird. Zu vereinbaren ist ferner Näheres zu den Fristen der Datenübermittlungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie zu den Folgen der Nichteinhaltung dieser Fristen.

(4) Für die Prüfung nach § 106 Absatz 5a sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Geschäftsstelle nach § 106 Absatz 4a die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.

§ 297 SGB V: Datenübermittlung bei Zufälligkeitsprüfungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Geschäftsstellen nach § 106 Abs. 4a für jedes Quartal eine Liste der Ärzte, die nach § 106 Abs. 3 in die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 einbezogen werden.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen nach § 106

Abs. 4a aus den Abrechnungsunterlagen der in die Prüfungen einbezogenen Vertragsärzte folgende Daten:

- Arztnummer,
- Kassennummer,
- Krankenversichertennummer,

abgerechnete Gebührenpositionen je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit der nach dem im § 295 Abs. 1 Satz 2 genannten Schlüssel verschlüsselten Diagnose, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden, bei Überweisung mit dem Auftrag des überweisenden Arztes.

Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.

(3) Die Krankenkassen übermitteln im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen nach § 106 Abs. 4a die Daten über die von den in die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 einbezogenen Vertragsärzten verordneten Leistungen sowie die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit jeweils unter Angabe der Arztnummer, der Kassennummer und der Krankenversichertennummer. Die Daten über die verordneten Arzneimittel enthalten zusätzlich jeweils das Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 Nr. 1. Die Daten über die Verordnungen von Krankenhausbehandlungen enthalten zusätzlich jeweils die nach § 301 übermittelten Angaben über den Tag und den Grund der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die Art der durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren sowie die Dauer der Krankenhausbehandlung. Die Daten über die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit enthalten zusätzlich die nach § 295 Abs. 1 übermittelte Diagnose sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.

(4) Daten über Kassen- und vertragsärztliche Leistungen und Daten über verordnete Leistungen dürfen, soweit sie versichertenbezogen sind, auf maschinell verwertbaren Datenträgern nur zusammengeführt werden, soweit dies zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 erforderlich ist.

§ 81 a, § 197a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen[1477]/ Krankenkassen,[1478] wenn angezeigt ihre Landesverbände, und die Spitzenverbände der Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 SGB X wahr.

[1477] Für die Kassenärztlichen Vereinigungen vgl. § 81 a SGB V.
[1478] Für die Krankenkassen vgl. § 197 a SGB V.

(2) Jede Person kann sich in Angelegenheiten des Abs. 1 an die Krankenkassen und die weiteren in Abs. 1 genannten Organisationen wenden. Die Einrichtungen nach Abs. 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie aufgrund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Krankenkassen und die weiteren in Abs. 1 genannten Organisationen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Abs. 1 untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten.

(4) Die Krankenkassen und die weiteren in Abs. 1 genannten Organisationen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung haben könnte.

(5) Der Vorstand der Krankenkassen und der weiteren in Abs. 1 genannten Organisationen hat den Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren, erstmals bis zum 31. Dezember 2005, über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Abs. 1 zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten.

12.2. Auszug aus dem BEMA-Kurzverzeichnis 2004

12.2.1. In Kapitel 8 ausführlich behandelte BEMA-Ziffern

BEMA Teil 1: Kons. und chirurg. Leistungen / Röntgenleistungen

BEMA-Nr. Ä1	(Ber)	Beratung
BEMA-Nr. 01	(U)	Eingehende Untersuchung
BEMA-Nr. 03	(Zu)	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde
BEMA-Nr. Ä 925a	(Rö2)	Röntgendiagnostik der Zähne bis 2 Aufnahmen
BEMA-Nr. Ä 925b	(Rö5)	Röntgendiagnostik der Zähne bis 5 Aufnahmen
BEMA-Nr. Ä 925c	(Rö8)	Röntgendiagnostik der Zähne bis 8 Aufnahmen
BEMA-Nr. Ä 925d	(Stat)	Status bei mehr als 8 Aufnahmen
BEMA-Nr. Ä 935d	(OPG)	Orthopantomogramm
BEMA-Nr. 8	(ViPr)	Sensibilitätsprüfung der Zähne
BEMA-Nr. 10	(üZ)	Behandlung überempfindlicher Zähne
BEMA-Nr. 12	(bMF)	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen
BEMA-Nr. 13a	(F1)	Füllung, einflächig
BEMA-Nr. 13b	(F2)	Füllung, zweiflächig
BEMA-Nr. 13c	(F3)	Füllung, dreiflächig
BEMA-Nr. 13d	(F4)	Füllung, mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich
BEMA-Nr. 16	(St)	Stiftverankerung
BEMA-Nr. 23	(EKr)	Entfernen einer Krone
BEMA-Nr. 25	(Cp)	Indirekte Überkappung
BEMA-Nr. 26	(P)	Direkte Überkappung
BEMA-Nr. 28	(VitE)	Vitalexstirpation
BEMA-Nr. 31	(Trep1)	Trepanation
BEMA-Nr. 32	(WK)	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems
BEMA-Nr. 34	(Med)	Medikamentöse Einlage
BEMA-Nr. 35	(WF)	Wurzelkanalfüllung
BEMA-Nr. 38	(N)	Nachbehandlung
BEMA-Nr. 40	(I)	Infiltrationsanästhesie
BEMA-Nr. 41a-b	(L1/L2)	Leitungsanästhesie

BEMA-Nr. 43	(X1)	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes
BEMA-Nr. 44	(X2)	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes
BEMA-Nr. 45	(X3)	Entfernung eines tieffrakturierten Zahnes
BEMA-Nr. 46	(XN)	Chirurgische Wundrevision
BEMA-Nr. 47a	(Ost1)	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie
BEMA-Nr. 49	(Exz1)	Exzision
BEMA-Nr. 50	(Exz2)	Exzision von Schleimhautwucherungen
BEMA-Nr. 105	(Mu)	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen
BEMA-Nr. 106	(sK)	Beseitigung scharfer Zahnkanten
BEMA-Nr. 107	(Zst)	Entfernen harter Zahnbeläge

12.2.2. In Kapitel 8 erwähnte weitere BEMA-Ziffern[1479]

Aus BEMA Teil 1: Kons. und chirurg. Leistungen / Röntgenleistungen

BEMA-Nr. 27	(Pulp)	Pulpotomie
BEMA-Nr. 29	(Dev)	Devitalisierung einer Pulpa
BEMA-Nr. 36	(Nbl1)	Stillung einer übermäßigen Blutung
BEMA-Nr. 37	(Nbl2)	Stillung übermäßiger Blutung durch Abbindung u.a.
BEMA-Nr. 57	(SMS)	Beseitigung störender Schleimhautbänder
BEMA-Nr. IP1		Mundhygienestatus
BEMA-Nr. IP2		Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern/Jugendlichen
BEMA-Nr. IP4		Lokale Fluoridierung der Zähne
BEMA-Nr. IP5		Versiegeln kariesfreier bleibender Molaren 6/7

Aus BEMA Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung

BEMA-Nr. 5		kieferorthopädische Behandlungsplanung

Aus BEMA Teil 4: Syst. Behandlung von Parodontopathien

BEMA-Nr. 4		Heil- und Kostenplan: Parodontalstatus
BEMA-Nr. P 200		systematische Par-Behandlung, geschloss. Vorgehen je einwurz. Zahn

[1479] Zu beachten ist bei diesen Ziffern, dass im BEMA-Kurzverzeichnis unterschieden wird zwischen Nummern mit „0“ und ohne „0“.

BEMA-Nr. P 201	systematische Par-Behandlung, geschloss. Vorgehen je mehrwurz. Zahn
BEMA-Nr. P 202	Systematische Par-Behandlung, offenes Vorgehen je einwurz. Zahn
BEMA-Nr. P 203	Systematische Par-Behandlung, offenes Vorgehen je mehrwurz. Zahn
BEMA-Nr. 108	Einschleifen natürliches Gebiss
BEMA-Nr. 111	Nachbehandlung im Rahmen einer syst. Par-Behandlung

Aus BEMA Teil 5: Zahnersatz und Zahnkronen

BEMA-Nr. 18	Stift-/Schraubenaufbau
BEMA-Nr. 20	Einzelzahnversorgung (Vollkrone, Verblendkrone, Teilkrone)
BEMA-Nr. 89	Beseitigung grober Artikulations- u. Okklusionsstörungen
BEMA-Nr. 91	Brücke, je Pfeilerzahn

13 Rechtsprechungsverzeichnis

Sämtliche in diesem Buch zitierten **Urteile** sind im nachfolgenden Rechtsprechungsverzeichnis in folgender **Reihenfolge** aufgeführt:

BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BGH	Bundesgerichtshof
BSG	Bundessozialgericht
LSG	Landessozialgericht
SG	Sozialgericht

Sofern sich Urteile im **Internet** finden, wurde diese Fundstelle an erster Stelle genannt, da nicht davon auszugehen ist, dass Zahnärzte ohne weiteres auf juristische Rechtsprechungssammlungen Zugriff haben.

13.1. Urteile des Bundesverfassungsgerichts

BVerfG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
BVerfG	Beschl.	28.03.1985	1 BvR 1245, 1254/84	Entziehung der Zulassung beider Ärzte einer Gemeinschaftspraxis, verfassungswidrige Anordnung des Sofortvollzugs	BVerfGE 69, 233 ff.
BVerfG	Beschl.	31.10.1984	1 BvR 35, 356, 794/82	Gesetzliche Krankenversicherung und Sicherung ihrer finanziellen Stabilität als Grundaufgabe des Staates	BVerfGE 68, 193 ff. DVBl 2001, 979 ff.
BVerfG	Beschl.	09.01.1984	1 BvR 1239/83	Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ist verfassungsrechtlich zulässig; keine Beschränkung der Berufsfreiheit durch Honorarkürzung	Raddatz WKR (III) SozR 2200 § 368 n RVO Nr. 28
BVerfG	Beschl.	17.01.1979	1 BvL 25/77	Keine Gleichheit im Unrecht (hier: Beurteilung einer Strafrechtsnorm)	BVerfGE 50, 142 ff.
BVerfG	Beschl.	29.05.1978	1 BvR 951/77	Wirtschaftlichkeitsgebot ist verfassungsrechtlich zulässige vertragszahnärztliche Verpflichtung; statistische Vergleichsprüfung ist zulässige Konkretisierung des schwer bestimmbaren Rechtsbegriffs der (Un-) Wirtschaftlichkeit	Raddatz WKR (II)
BVerfG	Beschl.	24.02.1978	1 BvR 935/77	Verfassungsgemäße Regelung des Wirtschaftlichkeitsgebotes; keine Willkür durch Fachgruppenvergleich mit der eigenen Fachgruppe	Raddatz WKR (II)
BVerfG	Beschl.	27.05.1970	1 BvL 22/63 und 27/64	Sozialversicherung als Schutz gegen die Wechselfälle des Lebens (hier: Wiederverheiratungsklausel bei Hinterbliebenenrente)	BVerfGE 27, 324 ff.
BVerfG	Urt.	10.05.1960	1 BvR 190, 363, 401, 409, 471/58	Begriff, Umfang und Entwicklung der Sozialversicherung	BVerfGE 11, 105 ff.
BVerfG	Urt.	11.06.1958	1 BvR 596/56	Recht der Berufsfreiheit nach Art. 12 GG; Voraussetzungen der Beschränkung; „Stufentheorie" (Apotheker-Urteil)	BVerfGE 7, 377 ff.
BGH		**Datum**	**AZ**	**Schlagworte**	**Fundstellen**
BGH	Urt.	25.11.2003	4 StR 239/03	Untreue eines Vertragsarztes (als Vertreter der Krankenkassen) durch Verordnung nicht notwendiger (offensichtlich rechtsmissbräuchlich weiterverwendeter) Infusionen zu Lasten der Krankenkasse	www.bundesgerichtshof.de

13.2. Urteile des Bundessozialgerichts

BSG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
BSG	*Anhängige Rechtsfrage (Stand 31. Juli 2005)*		B 6 KA 11/05	Ist ein Kinderchirurg hinsichtlich der Abrechnung bzw. Vergütung der Ordinations- und Konsultationsgebühren nach Nrn. 1 und 2 des EBM-Ä den anderen Chirurgen gleichzustellen?	www.bundessozialgericht.de
BSG	*Anhängige Rechtsfrage (Stand 31. Juli 2005)*		B 6 KA 3/05 bis 6/05	Muss für Oralchirurgen eine verfeinerte Vergleichsgruppe gebildet werden oder genügt die Berücksichtigung als Praxisbesonderheit?	www.bundessozialgericht.de
BSG	*Anhängige Rechtsfrage (Stand 31. Juli 2005)*		B 6 KA 78/04	Notwendigkeit der anwaltlichen Vertretung bereits im Vorverfahren? Zulässiger Ausschluss der Kostenerstattung durch Prüfvereinbarung?	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	27.04.2005	B 6 KA 39/04 R	Kein statistischer Vergleich einer auf Reproduktionsmedizin spezialisierten Praxis mit normaler gynäkologischer Praxis	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	27.04.2005	B 6 KA 01/04 R	Keine Vorlage von Originalrezepten bei Verordnungsprüfung	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	23.02.2005	B 6 KA 79/03 R	Homöopathie im vorliegenden Fall keine Praxisbesonderheit; statistischer Vergleich von fachgruppentypischen Einzelleistungen (Nr. 10 EBM); Kürzung in das Praxisbudget	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	23.02.2005	B 6 KA 69/03 R	Anfechtungsbefugnis der Gemeinschaftspraxispartner bei Entzug der Zulassung des anderen Partners	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	23.02.2005	B 6 KA 72/03 R	Anforderungen an die repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung (hier: Facharzt für Laboratoriumsmedizin)	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	20.01.2005	B 3 KR 22/03 R	Anforderungen an die Revisionsbegründung	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	8./9.12.2004	B 6 KA 44/03 u.a.	Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Hinblick auf Vergütungsregelungen, EBM und HVM	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	20.10.2004	B 6 KA 67/03	Zulassungsentziehung wegen vielfältiger Verletzungen vertragsärztlicher Pflichten	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	30.06.2004	B 6 KA 34/03 R	Vertrauensschutz von Zahnärzten bei Fehlerhaftigkeit des Honorarbescheids der KZV (hier falsche Anwendung der Punktwertdegression)	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	28.04.2004	B 6 KA 24/03 R	Anerkennung der Anfängerpraxis als Praxisbesonderheit auf maximal 4 Quartale beschränkt	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	28.04.2004	B 6 KA 19/03 R	Zur Abrechenbarkeit der Nr. Ä1 neben Nr. IP 1 bis Nr. IP 5 für Prüffälle bis 31.12.2003	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	28.04.2004	B 6 KA 8/03 R	Verfahrensbeendigung durch Vergleich zwischen Prüfgremien und Zahnarzt; Voraussetzungen der Anfechtung des Vergleichs	www.bundessozialgericht.de SGb 2005, S. 107 ff.

BSG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
BSG	Urt.	16.07.2003	B 6 KA 45/02 R	Vergleich von Einzelleistungen (Grundleistungen); Festlegung von Grenzwerten (hier Allgemeinarzt)	www.bundessozialgericht.de SozR 4-2500 § 106 SGB V Nr. 3
BSG	Urt.	16.07.2003	B 6 KA 44/02	Vergleich von Einzelleistungen (Grundleistungen); Festlegung von Grenzwerten (hier Orthopäde)	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	16.07.2003	B 6 KA 14/02 R	Prüfung von Einzelleistungen unzulässig mangels homogener Vergleichsgruppe (hier Gesprächsleistungen bei Chirurgen)	www.bundessozialgericht.de SozR 4-2500 § 106 SGB V Nr. 2
BSG	Urt.	21.05.2003	B 6 KA 32/02 R	Pflicht zur Honorarkürzung (hier Kieferorthopäde); Voraussetzungen einer "Beratung vor Regress"; keine Selbstbindung der Verwaltung	SozR 4-2500 § 106 SGB V Nr. 1 www.sozialgerichtsbarkeit.de
BSG	Urt.	05.02.2003	B 6 KA 15/02 R	Einhaltung von Fachgebietsgrenzen; Leistungserbringung gegen medizinischen Standard	www.bundessozialgericht.de SozR 4-2500 § 95 SGB V Nr. 1
BSG	Urt.	11.12.2002	B 6 KA 8/02 R	Anforderung an die Revisionsbegründung; Verletzung des rechtlichen Gehörs durch Nichtvertagung einer Berufungsverhandlung	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	11.12.2002	B 6 KA 1/02 R	Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe nur im Ausnahmefall erforderlich (hier keine Verfeinerung bei Orthopäden mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie); Anforderungen an die "intellektuelle Prüfung"	www.bundessozialgericht.de SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 57 www.sozialgerichtsbarkeit.de
BSG	Urt.	06.11.2002	B 6 KA 9/02 R	Satzungen oder Disziplinarordnungen der KVen müssen keine Regelung zur Verfolgungsverjährung enthalten	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	12.12.2001	B 6 KA 7/01 R	Voraussetzungen des Einzelleistungsvergleichs bei statistischer Vergleichsprüfung (hier Orthopäde); Zulässigkeit des Vertikalvergleichs	www.bundessozialgericht.de SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 55
BSG	Urt.	12.12.2001	B 6 KA 3/01 R	Kein schutzwürdiges Vertrauen in vorläufigen Honorarbescheid; Rücknahme von Honorarbescheiden; Voraussetzungen und Grenzen des Vertrauensschutzes	www.bundessozialgericht.de BSGE 89, 90 ff.
BSG	Urt.	24.08.2001	B 6 KA 28/01 B	Rechtsstellung der Prüfgremien; Anforderungen an die Darlegung des Revisionsgrundes	juris online Rechtsprechungsdatenbank
BSG	Urt.	27.06.2001	B 6 KA 66/00 R	Keine Begründungspflicht für Prüfantrag; unzulässige anders lautende Regelung in Prüfvereinbarung	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	27.06.2001	B 6 KA 43/00 R	Voraussetzungen der Vergleichsprüfung bei MKG-Chirurgen mit Tagesklinik bei Schwerpunkt auf plastischen Operationen; Anforderungen an die "intellektuelle Prüfung"	www.bundessozialgericht.de SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 54 Raddatz WKR (IV)

BSG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
BSG	Urt.	14.03.2001	B 6 KA 54/00 R	Sachleistungsprinzip und Leistungsvergütung der Vertragsärzte	www.bundessozialgericht.de SozR 3-2500 § 75 SGB V Nr. 12
BSG	Urt.	14.03.2001	B 6 KA 19/00 R	Regress wegen Arzneimittelverordnung unter Verstoß gegen die Richtlinien auch ohne Verschulden möglich; Abgrenzung zum "sonstigen Schaden"	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 52
BSG	Urt.	13.12.2000	B 6 KA 42/00 R	Fehlerhafte Besetzung der Richterbank durch Mitwirkung eines ehrenamtlichen Richters im vorausgegangenen Verwaltungsverfahren	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	13.12.2000	B 6 KA 27/00 - 29/00 R	Fehlende Prozessvollmacht im Sozialgerichtsverfahren trotz mehrfacher Aufforderung	NZS 2001, 882 ff.
BSG	Urt.	13.12.2000	B 6 KA 1/00 R	Schadensregress wegen fehlerhafter Prothetik	www.bundessozialgericht.de
BSG	Urt.	06.09.2000	B 6 KA 45/99 R B 6 KA 46/99 R	Notwendigkeit der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit; sachgerechte Anwendung der Prüfverfahren; Voraussetzungen der repräsentativen Einzelfallprüfung	www.bundessozialgericht.de SozR 2-3500 § 106 SGB V Nr. 51
BSG	Urt.	06.09.2000	B 6 KA 24/99 R	Anforderungen an die beispielhafte Einzelfallprüfung im Bereich der "Übergangszone"	www.bundessozialgericht.de SozR 2-3500 § 106 SGB V Nr. 50
BSG	Urt.	28.06.2000	B 6 KA 36/98 R	Keine gesonderte Vergleichsgruppe für die Zusatzbezeichnung "Homöopathie"; keine besonderen fachspezifischen Anforderungen an Prüfreferenten	Raddatz WKR (IV)
BSG	Urt.	10.05.2000	B 6 KA 25/99 R	Erhöhter Ausländeranteil erfordert keine Bildung einer engeren Vergleichsgruppe	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 49
BSG	Urt.	06.10.1999	B 1 KR 13/97 R	Austausch intakter Amalgamfüllungen ist typischerweise keine Kassenleistung	BSGE 85, 56 ff. juris online Rechtsprechungsdatenbank
BSG	Urt.	29.09.1999	B 6 KA 22/99 R	Keine Wiederzulassung bei Überschreiten der Altersgrenze von 55 Jahren - Ausnahme wg. unbilliger Härte nur unter engen Voraussetzungen möglich	SozR 3-5520 § 25 Ärzte-ZV Nr. 3
BSG	Urt.	16.06.1999	B 1 KR 4/98 R	Voraussetzungen der Anerkennung einer Behandlungsweise nach dem "allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse"	SozR 3-2500 § 18 SGB V Nr. 4
BSG	Urt.	09.06.1999	B 6 KA 21/98	Zulässigkeit und Voraussetzungen des Vertikalvergleichs	BSGE 84, 85 ff.
BSG	Urt.	28.04.1999	B 6 KA 79/97 R	Frist zur Begründung und Zustellung von Prüfbescheiden beträgt 5 Monate	SozR 3-1300 § 35 SGB X Nr. 8
BSG	Urt.	09.09.1998	B 6 KA 80/97 R	Zusammensetzung der Richterbank; Kostenerstattungsanspruch im Widerspruchsverfahren	MedR 2000, 27 ff. NZS 1999, 205 ff.
BSG	Urt.	09.09.1998	B 6 KA 50/97 R	Keine statistische Vergleichsprüfung bei kleiner Fallzahl von weniger als 20 % der Fachgruppe	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 45

BSG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
BSG	Urt.	28.01.1998	B 6 KA 69/96 R	Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten; Voraussetzungen der Anerkennung von kausalen Einsparungen	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 43 Raddatz WKR (IV)
BSG	Urt.	05.11.1997	6 RKa 1/97	Erfordernis der Wirtschaftlichkeit in jedem Teilbereich vertragsärztlicher Tätigkeit	Raddatz WKR (IV)
BSG	Urt.	17.09.1997	6 RKa 86/95	Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung; Rechtswidrigkeit des Honorarbescheids bei Falschabrechnung	SozR 3-5550 § 35 EKV-Ä Nr. 1 MedR 1998, 338 ff.
BSG	Urt.	16.09.1997	6 RK 32/95	Rechtsqualität von Richtlinien; Übertragung des Erlasses von Richtlinien auf Bundessausschüsse ist mit dem Grundgesetz vereinbar	BSGE 81, 73 ff.
BSG	Urt.	16.09.1997	1 RK 28/95	Leistungspflicht der Krankenkassen bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden; Kostenerstattungsanspruch bei verzögerter Entscheidung über Anerkennung neuer Methoden	BSGE 81, 54 ff.
BSG	Urt.	18.06.1997	6 RKa 52/96	Bestimmung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis in der statistischen Vergleichsprüfung	NZS 1998, 298 ff. SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 41
BSG	Urt.	19.03.1997	1 RKa 35/95	Kein Ausschluss eines Krankenkassenbediensteten bei Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung	SozR 3-1300 § 16 SGB X Nr. 2
BSG	Urt.	18.12.1996	6 RKa 73/96	Altersgrenze von 55 Jahren; Härtefallregelung	BSGE 80, 9 ff.
BSG	Urt.	28.08.1996	6 RKa 88/95	4-jährige Verjährungsfrist bei Feststellung eines "sonstigen Schadens"	Raddatz WKR (IV)
BSG	Urt.	19.06.1996	6 RKa 40/95	Voraussetzungen einer Beratung vor Ergreifung von Honorarkürzungsmaßnahmen	BSGE 78, 278 ff. NZS 1997, 135 ff. SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 37
BSG	Beschl.	19.06.1996	6 BKa 25/95	Verhältnismäßigkeit der Zulassungsentziehung	MedR 1997, 86 ff.
BSG	Urt.	08.05.1996	6 RKa 45/95	Einzelleistungsvergleich bei MGK-Chirurgen; Erfordernis der Bildung einer besonderen Vergleichsgruppe bei für Zahnärzten nicht fachgruppentypischen Leistungen	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 36 Raddatz WKR (IV)
BSG	Urt.	17.01.1996	3 RK 26/94	Bindung der Krankenkassen durch Verordnungen des Kassenarztes	BSGE 77, 194 ff.
BSG	Urt.	15.11.1995	6 RKa 58/94	Mitwirkung einer bei einer KV angestellten Prüfärztin im Prüfverfahren	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 34 SozR 3-1300 § 16 SGB X Nr. 1
BSG	Urt.	15.11.1995	6 RKa 43/94	Vorrang der statistischen Vergleichsprüfung auch bei Zahnärzten; intellektuelle Prüfung bei statistischer Vergleichsprüfung und Aufklärungspflicht der Prüfgremien	BSGE 77, 53 ff.
BSG	Urt.	18.10.1995	6 Rka 38/94	Unzulässige Zustellung eines Bescheides mehr als ein Jahr nach Beschlussfassung	BSGE 76, 300 ff.

BSG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
BSG	Urt.	20.09.1995	6 RKa 40/94	Unterbrechung der vierjährigen Ausschlussfrist durch Untätigkeitsklage einer Krankenkasse	BSGE 76, 285 ff. SozR 3-2500, § 106 SGB V Nr. 30
BSG	Urt.	21.06.1995	6 RKa 35/94	Voraussetzungen für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten; Berechnungsgrundsätze für Honorarkürzung	NZS 1996, 583 ff.
BSG	Urt.	10.05.1995	6 RKa 2/94	Anerkennung von Praxisbesonderheiten, Einzelleistungsvergleich (hier Zahnarzt); keine verfeinerte Vergleichsgruppe wegen hohen Ausländer- bzw. Aussiedleranteils	MedR 1996, 136 ff.
BSG	Urt.	15.03.1995	6 RKa 37/93	Verfassungsmäßigkeit der statistischen Vergleichsprüfung; intellektuelle Prüfung; Einzelleistungsvergleich	BSGE 76, 53 SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 26
BSG	Urt.	30.11.1994	6 RKa 16/93	Festlegung von Grenzwerten; Beurteilungsspielraum der Prüfgremien, Gauß'sche Normalverteilung	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 25
BSG	Urt.	30.11.1994	6 RKa 14/93	Zulässigkeit des Vertikalvergleichs	BSGE 75, 220 ff. SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 24
BSG	Urt.	12.10.1994	6 RKa 6/93	Voraussetzungen der Anerkennung von Praxisbesonderheiten (hier Frauenarzt; Anforderungen an die Begründung des Bescheids	MedR 1996, 138 ff.
BSG	Urt.	04.05.1994	6 RKa 37/92	Angabe von Diagnosen in der Abrechnung	NZS 1995, 92 ff.
BSG	Urt.	09.03.1994	6 RKa 18/92	Statistische Vergleichsprüfung einzelner Leistungspositionen; Erfordernis der intellektuellen Prüfung	BSGE 74, 70 ff. SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 23
BSG	Urt.	09.03.1994	6 RKa 5/92	Gegenstand der Klage ist lediglich der Bescheid des Beschwerdeausschusses	SozR 3-2200 § 368 n RVO Nr. 7
BSG	Urt.	16.12.1993	4 RK 5/92	Konkretisierung des Sachleistungsprinzips durch Kassenärzte mit Bindungswirkung für die Krankenkassen	BSGE 73, 271 ff.
BSG	Urt.	24.11.1993	6 RKa 70/91	Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung; Zulässigkeit und Verwertung von Tagesprofilen zum Nachweis von Falschabrechnung	SozR 3-2500 § 95 SGB V Nr. 4
BSG	Urt.	24.11.1993	6 RKa 36/92	Altersgrenze von 55 Jahren schließt grundsätzlich auch eine Wiederzulassung aus; Begriff der "unbilligen Härte"	NZS 1994, 429 ff. MedR 1994, 494 ff. juris online Rechtsprechungsdatenbank
BSG	Urt.	24.11.1993	6 RKa 26/91	Zulassungsgrenze von 55 Jahren ist verfassungsgemäß; Begriff der "unbilligen Härte"	SozR 3-5520 § 25 Ärzte-ZV Nr. 1
BSG	Urt.	24.11.1993	6 RKa 20/91	Zulässige Wirtschaftlichkeitsprüfung bezüglich nur einer Kassenart	SozR 3-2200 § 368 n RVO Nr. 6 Raddatz WKR (IV)
BSG	Urt.	08.09.1993	14a RKa 9/92	Material- und Laborkosten unterliegen der Wirtschaftlichkeitsprüfung	SozR 3-5555 § 13 EKV-Z Nr.1

BSG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
BSG	Urt.	08.09.1993	14a RKa 7/92	Keine Disziplinarmaßnahme gegen Zahnarzt bei Verwendung von Kunststoff anstelle von Amalgam	BSGE 73, 66 ff.
BSG	Urt.	14.07.1993	6 RKa 13/91	Voraussetzungen der Durchführung der repräsentativen Einzelfallprüfung; Ausschluss der Hochrechnung bei sachlich-rechnerischer Richtigstellung	juris online Rechtsprechungsdatenbank
BSG	Urt.	14.07.1993	6 RKa 10/92	Zulassungsentziehung bei wiederholter Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes; Pflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung durch den Arzt	juris online Rechtsprechungsdatenbank
BSG	Beschl.	14.07.1993	6 BKa 53/91	Zulässigkeit der statistischen Prüfung auch bei unauffälligem Gesamtfallwert; Nachweis von Teilkompensationen	juris online Rechtsprechungsdatenbank
BSG	Urt.	16.06.1993	14a RKa 4/92	Zulässige Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Parodontose-Behandlung; Par-Richtlinien als Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes; Nichteinhaltung der Wartefrist; Begleitleistungen	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 18 Raddatz WKR (IV)
BSG	Urt.	16.06.1993	14a/6 RKa 37/91	Prüfbescheid muss spätestens 4 Jahre nach der vorläufigen Honorarabrechnung bekannt gegeben werden ("Ausschlussfrist")	BSGE 72, 271 ff. SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 19
BSG	Urt.	21.04.1993	14a RKa 11/92	Unzulässige Zustellung eines Bescheids mehr als ein Jahr nach Beschlussfassung	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 17
BSG	Urt.	28.10.1992	6 RKa 3/92	Zulässigkeit der Überprüfung einzelner Leistungspositionen durch statistische Vergleichsprüfung	BSGE 71, 194 ff. SozR 3-2200 § 368 n RVO Nr. 5 SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 15
BSG	Urt.	28.10.1992	6 RKa 38/91	Vermutung der Unwirtschaftlichkeit bei längerfristiger unwirtschaftlicher Behandlungs- und Verordnungsweise trotz geringfügiger Unterschreitung des Grenzwertes	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 14
BSG	Urt.	05.08.1992	14a/6 RKa 17/90	Sozialgerichtliches Verfahren; Klagebefugnis des Krankenkassenverbandes; notwendige Beiladung; Anforderungen an die Revisionsbegründung; Überprüfung auf Einhaltung der Par-Richtlinien	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 12 juris online Rechtsprechungsdatenbank
BSG	Urt.	05.08.1992	14a/6 RKa 4/90	Freie Wahl der statistischen Methode durch Prüfgremien; beweiserhebliche Fehlerquellen und Amtsermittlungspflichten	BSGE 71, 90 ff.
BSG	Urt.	20.05.1992	14a/6 RKa 9/90	Ausschluss der Wirtschaftlichkeitsprüfung für zuvor genehmigte Leistungen; Schadensregress bei fehlerhafter Prothetik	SozR 3-5555 § 12 Nr. 3 Raddatz WKR (IV)
BSG	Urt.	08.04.1992	6 RKa 34/90	Zulässigkeit und Voraussetzungen des Sparten- und Einzelleistungsvergleichs; ergänzende Vergleichsbetrachtung durch Bildung einer engeren Vergleichsgruppe	SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 11

BSG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
BSG	Urt.	08.04.1992	6 RKa 27/90	Besetzung des Gerichts; Mindestanforderungen an Einzelfallprüfung mit anschließender Hochrechung	BSGE 70, 246 ff. SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 10
BSG	Urt.	21.11.1991	3 RK 8/90	Erstattungsfähigkeit nicht nachgewiesener wirksamer Arzneimittel	NJW 1992, 1584 ff.
BSG	Urt.	31.07.1991	6 RKa 20/90	Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Par-Behandlungen; Zuständigkeit der Prüfgremien	Raddatz WKR (III)
BSG	Urt.	31.07.1991	6 RKa 18/90	Zur Verjährung der Wirtschaftlichkeitsprüfung	MedR 1992, 123 ff.
BSG	Urt.	15.05.1991	6 RKa 37/89	Beginn der Verjährungsfrist für Einleitung von Disziplinarmaßnahmen	SozR 3-2500 § 81 SGB V Nr. 1 NJW 1992, 782 ff.
BSG	Urt.	13.03.1991	6 RKa 35/89	Vorläufigkeit des Honorarbescheids bis zum Abschluss der sachlich-rechnerischen Berichtigung; Rücknahme eines Honorarbescheids	MedR 1992, 58 ff. SozR 3-2500 § 85 SGB V Nr. 2
BSG	Urt.	16.01.1991	6 RKa 10/90	Verjährungsfrist bei Wirtschaftlichkeitsprüfung von 2 Jahren	SozR 3-2200 § 368 n RVO Nr. 4
BSG	Urt.	16.01.1991	6 RKa 24/89	Prüfantrag ist nicht verspätet bei Übersendung an unzuständige Stelle	SozR 3-2200 § 368 n RVO Nr. 3 SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 3
BSG	Urt.	01.10.1990	6 RKa 30/89	Zur Frage der Besetzung des Gerichts mit ehrenamtlichen Richtern	SozR 3-2200 § 368 n RVO Nr. 2 BSGE 67, 256 ff.
BSG	Urt.	25.10.1989	6 RKa 28/88	Gröbliche Verletzung kassenärztlicher Pflichten und Zulassungsentzug	BSGE 66, 6 ff. NJW 1990, 1556 ff. SGb 1990, 493 ff.
BSG	Urt.	18.05.1989	6 RKa 6/88	Zweijährige Vorbereitungszeit auf die kassenzahnärztliche Tätigkeit	MedR 1989, 258 ff.
BSG	Urt.	09.02.1989	3 RK 19/87	Zweckmäßigkeit von Arzneimitteln im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit; Verbindlichkeit der Arzneimittelrichtlinien	MedR 1989, 262 ff.
BSG	Beschl.	20.09.1988	6 BKa 12/88	Kein Anspruch auf Bildung einer eigenen Vergleichsgruppe für Ärzte für Allgemeinmedizin in Abgrenzung zu praktischen Ärzten	MedR 1989, 261 ff.
BSG	Urt.	20.09.1988	6 RKa 22/87	Bindung des Gerichts an die vom Prüfgremium gewählte Prüfmethode; Ausschluss verspäteter Einwendungen im Gerichtsverfahren	MedR 1990, 101 ff.
BSG	Urt.	02.06.1987	6 RKa 19/86	Zu den beweisrechtlichen Anforderungen an die strenge Einzelfallprüfung	BSGE 62, 18 ff.
BSG	Urt.	02.06.1987	6 RKa 23/86	Bewertung und Anwendung statistischer Vergleichsmethoden; Festlegung von Grenzwerten	BSGE 62, 24 ff.
BSG	Urt.	27.01.1987	6 RKa 28/86	Regelung der Kosten des Prüfverfahrens; Schiedsamtsfähigkeit solcher Kostenregelungen	BSGE 61, 146 ff.
BSG	Urt.	27.01.1987	6 RKa 16/86	Zulässigkeit engerer Vergleichsgruppen bei der kassenärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung	BSGE 61, 143 ff.
BSG	Urt.	29.10.1986	6 RKa 4/86	Zulässigkeit der Entziehung der Kassenzulassung	BSGE 61, 1 ff.

BSG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
BSG	Urt.	15.04.1986	6 RKa 6/85	Zulässigkeit und Voraussetzungen der Entziehung der Kassenzulassung	NJW 1987, 1509 ff. BSGE 60, 76 ff. SozR 2200 § 368 a RVO Nr. 15
BSG	Urt.	15.04.1986	6 RKa 38/84	Beweislast des Arztes für Ausgleich von Mehraufwand durch Minderaufwand in anderen Leistungsbereichen	NJW 1987, 1511 ff. SozR 2200 § 368 n RVO Nr. 43
BSG	Urt.	15.04.1986	6 RKa 27/84	Einheitlichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung; Beurteilungsspielraum der Prüfgremien und Reichweite der gerichtlichen Überprüfung	BSGE 60, 69 ff. SozR 2200 § 368 n RVO Nr. 42
BSG	Urt.	19.11.1985	6 RKa 13/84	Berücksichtigung der Überweisungstätigkeit	MedR 1987, 64 ff.
BSG	Urt.	19.11.1985	6 RKa 14/83	Zur Verpflichtung und Befugnis des Kassen- und Vertragsarztes, der KV zum Zwecke der Qualitätsprüfung Röntgenaufnahmen mit den dazugehörigen Befunden vorzulegen	BSGE 59, 172 ff.
BSG	Urt.	08.05.1985	6 RKa 7/84	Auch die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen unterliegt der Wirtschaftlichkeitsprüfung	Raddatz WKR (III) ArztR 1986, 85 ff.
BSG	Urt.	08.05.1985	6 RKa 24/83	Anforderungen an die Begründungspflicht; Mitwirkungspflichten des Arztes, keine Pflicht zur Beauftragung eines sachverständigen Prüfarztes derselben Fachgruppe	MedR 1987, 134 ff. ArztR 1986, 45 ff.
BSG	Urt.	26.09.1984	6 RKa 4/83	Voraussetzungen und Grenzen der Einzelfallprüfung; zahnärztliche Nachbehandlung (BEMA-Nr. 38)	ArztR 1985, 157 ff.
BSG	Urt.	26.09.1984	6 RKa 40/82	sachliche Unzuständigkeit bei bloßen Abrechnungsfragen	BSGE 57, 151 ff.
BSG	Urt.	23.05.1984	6 RKa 17/82	Grundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung: insbesondere Beurteilungsspielraum, Mitwirkungspflicht des Arztes etc.	Raddatz WKR (III) ArztR 1985, 40 ff.
BSG	Urt.	22.05.1984	6 RKa 21/82	Besondere Praxisausrichtung kann eine Praxisbesonderheit darstellen (Arzt für Allgemeinmedizin)	Raddatz WKR (III)
BSG	Urt.	22.06.1983	6 RKa 10/82	Pflicht zur Herausgabe von Unterlagen im Gutachterverfahren; keine Berufung auf Schweigepflicht	BSGE 55, 150 ff.
BSG	Urt.	18.05.1983	6 RKa 18/80	Zulässigkeit der Honorarkürzung; angeblich bessere Qualität der Leistungserbringung ist keine Praxisbesonderheit	BSGE 55, 110 ff.
BSG	Urt.	22.04.1983	6 RKa 13/80	Angeblich höhere Qualifikation ist keine Praxisbesonderheit	BSGE 55, 95 ff.
BSG	Urt.	08.06.1982	6 RKa 12/80	Verbot der "reformatio in peius": Keine Erhöhung des Kürzungsbetrages durch Beschwerdeausschuss im Falle der Anfechtung nur durch Arzt	BSGE 53, 284 ff.
BSG	Urt.	27.04.1982	6 RKa 7/79	Prüfbescheide müssen für jedes Quartal erneut angefochten werden	ArztR 1983, 128 ff.

BSG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
BSG	Urt.	22.09.1981	11 RK 10/79	Begriff der Wirtschaftlichkeit; Notwendigkeit einer Therapie (hier Reittherapie)	BSGE 52, 134 ff.
BSG	Urt.	22.07.1981	3 RK 50/79	Begriff der Wirtschaftlichkeit; Notwendigkeit einer Therapie (hier Reittherapie)	BSGE 52, 70 ff.
BSG	Urt.	15.04.1980	6 RKa 5/79	Erfordernis der Bildung einer engeren Vergleichsgruppe bei Anwendung einer Behandlungsmethode, die zum Führen einer Zusatzbezeichnung berechtigt	BSGE 50, 84 ff.
BSG	Urt.	26.04.1978	6 RKa 10/77	Zulässige Schätzung der Mehrkosten bei Überschreitung im offensichtlichen Missverhältnis	BSGE 46, 136 ff.
BSG	Urt.	26.04.1978	6 RKa 9/77; 10/77	Bestimmung des Umfangs der unwirtschaftlichen Mehrkosten; normaler Streubereich	Raddatz WKR (II)
BSG	Urt.	30.03.1977	6 RKa 4/76	Zulassungsentzug bei "notorischem Wiederholungstäter"; Pflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung	BSGE 43, 250 ff.
BSG	Urt.	18.02.1970	6 RKa 1/69	Abrechnung der höher bewerteten Ziffer im Falle zweier nicht nebeneinander abrechnungsfähiger Leistungen	BSGE 31, 23 ff.
BSG	Urt.	15.05.1963	6 RKa 21/60	Überschreitung im Übergangsbereich; Erfordernis der beispielhaften Beleuchtung von Einzelfällen	BSGE 19, 123 ff.
BSG	Urt.	29.05.1962	6 RKa 24/59	Nachrangigkeit der Einzelfallprüfung; keine Pflicht der Patienten, sich für Untersuchungen zur Verfügung zu stellen	BSGE 17, 79 ff.
BSG	Urt.	27.11.1959	6 RKa 4/58	Allgemeine formell- und materiellrechtliche Grundsätze zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (hier bei Zahnärzten)	BSGE 11, 102 ff.

13.3. Urteile des Landessozialgerichts

LSG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
LSG NRW	Urt.	13.10.2004	L 11 KA 34/03 - 37/03	Notwendigkeit der Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe "Oralchirurgie"	www.sozialgerichtsbarkeit.de
LSG NRW	Urt.	15.09.2004	L 11 KA 62/02	Auch die Beurteilung der Indikationsstellung unterliegt der Wirtschaftlichkeitsprüfung (hier Anästhesieleistungen eines MKG-Chirurgen)	www.sozialgerichtsbarkeit.de
LSG NRW	Urt.	15.09.2004	L 11 KA 58/02	Anästhesieleistungen eines MKG-Chirurgen	www.sozialgerichtsbarkeit.de
LSG Bayern	Urt.	07.07.2004	L 3 KA 528/01	Fehlerhafte Dokumentation begründet die Annahme der Nichterbringung abgerechneter Leistungen	www.sozialgerichtsbarkeit.de
LSG Bayern	Urt.	07.07.2004	L 3 KA 510/02	Abrechnungsfähigkeit der BEMA-Nr. 25; fehlende Dokumentation führt zu Leistungskürzung	www.sozialgerichtsbarkeit.de
LSG NRW	Urt.	11.02.2004	L 11 KA 30/03	Plausibilitätsprüfung und Disziplinarmaßnahme	GesR 2004, 479 ff.
LSG Bad.-Württ.	Urt.	08.05.2002	L 5 KA 5/02	Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Par-Behandlungen (vorherige Genehmigung, Begleitleistungen, Praxisbesonderheit)	www.sozialgerichtsbarkeit.de
LSG Hessen	Urt.	05.12.2001	L 7 KA 1046/00	"Kinderzahnarzt" rechtfertigt keine eigene Vergleichsgruppe	RID 02-02, 28
LSG Bayern	Urt.	28.11.2001	L 12 KA 509/99	Zuständigkeit der KZV bei Überprüfung der Einhaltung der ZE-Richtlinien (Unterschied zur Par-Behandlung)	RID 02-03, S. 26 ff.
LSG Rhl.-Pf.	Urt.	23.11.2000	L 5 KA 90/98	keine Anerkennung sog. "schwerer Fälle als Praxisbesonderheit"	Raddatz WKR (IV)
LSG Bayern	Urt.	20.09.2000	L 12 KA 511/99	prophylaktische Maßnahmen nicht nach BEMA-Nr. 10 abrechnungsfähig; Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes; keine Praxisbesonderheit durch angeblich höherwertige Leistung	www.sozialgerichtsbarkeit.de
LSG Rhl.-Pf.	Urt.	30.05.1996	L 5 KA 16/95	Zum Mittelwert der Abrechnungswerte einer Fachgruppe	Raddatz WKR (IV)
LSG Bad.-Württ.	Urt.	18.10.1995	L 5 KA 262/95	Abrechnung von Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen teils bei der KV und teils bei der KZV; Unzulässigkeit von Disziplinarmaßnahmen	MedR 1996, 476 ff.
LSG NRW	Urt.	12.10.1994	L 11 KA 111/93	Relation zwischen BEMA-Nr. 12 und Nr. 25	Raddatz WKR (IV)
LSG NRW	Urt.	23.03.1994	L 11 KA 71/93	Kompensatorische Einsparungen zwischen den verschiedenen Füllungen; Anästhesie bei BEMA-Nr. 26	Raddatz WKR (IV)
LSG Bayern	Urt.	20.06.1990	L 12 KA 513/89	Kofferdam ist keine Praxisbesonderheit	Raddatz WKR (III)
LSG Bad.-Württ.	Urt.	22.01.1986	L 1 KA 2896/84	Vielzahl an Par- und Zahnersatzbehandlungen stellt Praxisbesonderheit dar	Raddatz WKR (III)

LSG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
LSG Bayern	Urt.	16.07.1980	L 12 KA 34/78	Abrechnungsfähigkeit der BEMA-Nr. 12 und Nr. 105; Mitwirkungspflicht des Patienten	Raddatz WKR (II)
LSG Hessen	Urt.	08.12.1976	L 7 KA 951/75	Abrechnungsfähigkeit der BEMA-Nr. 106 neben Nr. 107	Raddatz WKR (II)
LSG Bayern	Urt.	28.04.1976	L 14 KA 17/73 Z	Unwirtschaftlichkeit durch nicht mehr indizierte Füllung	Raddatz WKR (II)
LSG Rhl.-Pf.	Urt.	30.01.1976	L 6 KA 11/75	Füllungstätigkeit	Raddatz WKR (II)
LSG Hessen	Urt.	29.11.1972	L 7 KA 224/72	Abrechnung von Röntgenaufnahmen	Raddatz WKR (II)
LSG Bayern	Urt.	29.09.1971	L 1 KA 27/70	Vitalitätsprüfung (BEMA-Nr. 8)	Raddatz WKR (II)
LSG Nds.	Urt.	18.06.1969	L 5 KA 10/68	Konkurrenzverhältnis zwischen Beratung und eingehender Untersuchung (BEM-Nr. Ä1 und Nr. 01)	Raddatz WKR (II)

13.4. Urteile des Sozialgerichts

SG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
SG Marburg	Beschl.	23.03.2005	S 12 KA 15/05 ER	Garantiefunktion der Heil- und Kostenpläne	RID 05-02, S. 23
SG Dresden	Urt.	29.09.2004	S 11 KA 5005/03 Z	Kausale Einsparungen; Indikation der BEMA-Nr. 28	www.sozialgerichtsbarkeit.de
SG Dresden	Urt.	03.12.2003	S 11 KA 5001/03 Z	Vergleich von Einzelleistungen; Füllungstätigkeit	Raddatz WKR (III) SozR 2200 § 368 n RVO Nr. 28
SG Frankfurt	Urt.	10.09.2003	S 27 KA 508/03	Verhältnis zwischen BEMA-Nr. 13 und Nr. 12; Anwendung von Kofferdam ist keine Praxisbesonderheit	RID 03-04, S.30
SG Kiel	Urt.	13.10.2000	S 13 KA 248/99	Vergleich mit Fachgruppe der MKG-Chirurgen nicht erforderlich bei typisch zahnärztlicher Tätigkeit	RID 01-01, S. 31
SG Mainz	Urt.	13.09.2000	S 1 KA 230/99	erhöhter Anteil von Aussiedlern / Ausländern	Raddatz WKR (IV)
SG Frankfurt	Urt.	03.05.2000	S 27 KA 3978/99	Überwiegende Behandlung von Kindern kann Praxisbesonderheit darstellen, erfordert aber keine eigene Vergleichsgruppe	RID 00-02, S. 24
SG Kiel	Urt.	07.04.2000	S 13 KA 485/98	Leistungsausschluss der BEMA-Nr. 01; Kürzung der gesamten endodontischen Behandlung bei fehlenden Röntgenaufnahmen	RID 01-01, S.29
SG Mainz	Urt.	23.06.1999	S 1 KA 410/97	Zusammenhang zwischen den Leistungen nach BEMA-Nr. 12 (bMF) und der jeweiligen Füllungstätigkeit	Raddatz WKR (IV)
SG Stuttgart	Urt.	12.09.1990	S 14 KA 1390/90	Vermehrte endodontische Tätigkeit stellt Praxisbesonderheit dar	Raddatz WKR (III)
SG Hannover	Urt.	24.02.1988	S 21 KA 346/83	Unwirtschaftlichkeit muss trotz fehlender Dokumentation nachgewiesen werden (BEMA-Nrn. 10 u. 12)	Raddatz WKR (III)
SG Hannover	Urt.	22.05.1985	S 21 KA 90/83	BEMA-Nr. 8; Dokumentationspflicht bzgl. BEMA-Nrn. 10, 12, 106	Raddatz WKR (III)
SG Mainz	Urt.	19.12.1984	S 2 KA 73/84	keine Annexkompetenz bei ausschließlichen Abrechnungsfragen; Berücksichtigung von kompensatorischen Einsparungen in den folgenden Quartalen	Raddatz WKR (III)
SG Hannover	Urt.	25.11.1981	S 21 KA 166/80	Abrechnung der BEMA-Nr. 34; Parallelabrechnung von BEMA-Nr. Ä 925b u. Nr. Ä 935d	Raddatz WKR (II)
SG München	Urt.	14.10.1981	S 33 KA 76/81 Z	Erhöhter Anästhesieumfang bei Füllungen	Raddatz WKR (II)
SG München	Urt.	24.09.1981	S 33 KA 175/80 Z	Umwandlung der BEMA-Nr. 105 in Nr. 106	Raddatz WKR (II)
SG Hannover	Urt.	17.12.1980	S 21 KA 135/79	Konkurrenzverhältnis zwischen BEMA-Nr. Ä1 und Nr. 01	Raddatz WKR (II)
SG München	Urt.	25.11.1980	S 33 KA 317/79 Z	Notwendigkeit von Anästhesien im Zusammenhang mit Füllungen	Raddatz WKR (II)
SG Hannover	Urt.	28.03.1979	S 21 KA 6/77	hohe Durchschnittsüberschreitungen bei BEMA-Nr. 12	Raddatz WKR (II)

SG		Datum	AZ	Schlagworte	Fundstellen
SG Frankfurt	Urt.	26.04.1978	S 5 KA 26/76	unterversorgte Bevölkerung als Praxisbesonderheit (BEMA-Nr. 105)	Raddatz WKR (II)
SG Frankfurt	Urt.	18.05.1977	S 5 KA 37/75	Verhältnis BEMA-Nrn. 38 und 46	Raddatz WKR (II)
SG Hannover	Urt.	16.01.1974	S 10 KA 40/70	BEMA-Nr. 01 als erste Behandlungsmaßnahme	Raddatz WKR (II)
SG München	Urt.	01.08.1973	S 29 KA 115/72 Z	umfangreiche Gebiss-Sanierung und Sanierungseffekt	Raddatz WKR (II)
SG München	Urt.	17.03.1971	S 30 KA 134/70 Z	Kontrollaufnahmen nach Wurzelfüllungen bei VitE	Raddatz WKR (II)
SG München	Urt.	24.10.1969	B 6 KA 7/01 R	Zur Unwirtschaftlichkeit bei wiederholter bMF-Abrechnung an derselben Kavität	Raddatz WKR (II)

14 Literaturverzeichnis

Beeretz, Rainer: Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung, ZMGR 2004, S. 103 ff.

Binder/Bolay/Castendiek/Eckertz/Groß/Littmann/Lüdkte/Mälicke/Roller: Sozialgerichtsgesetz, Handkommentar (Hk-SGG), 1. Aufl., Nomos Verlag Baden-Baden 2003

Dahm, Franz-Josef, in: *Rieger*, Lexikon des Arztrechts: Wirtschaftlichkeitsprüfung, Nr. 5560

Dalichau, Gerhard: Wesentliche Neuerungen des GKV-Modernisierungsgesetzes aus der Sicht der Rechtsprechung, MedR 2004, S. 197 ff.

Dierlamm, Alfred: Verteidigungsüberlegungen in Betrugsverfahren gegen Ärzte, AusR 2001, S. 135 ff.

Ehlers, Alexander P. F. (Hrsg.): Wirtschaftlichkeitsprüfung, 2. Aufl., Verlag C.H. Beck München 2002

Ders.: Disziplinarrecht und Zulassungsentziehung, Verlag C.H. Beck München 2001

Eichenhofer, Eberhard: Rolle ehrenamtlicher Richter in der Sozialgerichtsbarkeit, SGb 2005, S. 313 ff.

Engelhard, Wolfgang: Änderungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Vertragsarztrecht durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, NZS 2001, S. 123 ff.

Ders.: Anmerkungen zum neuen Kostenrecht des SGG – Beschränkung des Kostenrisikos klagender Ärzte, NZS 2004, S. 299 ff.

Ders.: Anm. zu BSG, Urt. v. 11.12.2002 – B 6 KA 1/02 Q – in: SGb 2003, S. 545 ff.

Engelmann, Klaus, in: *von Wulffen*, SGB X Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz, Kommentar

Ders.: Untergesetzliche Normen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verträge und Richtlinien, NZS 2000, S. 1 ff.

Fastabend, Katrin: Der Begriff der notwendigen Krankenbehandlung im SGB V, NZS 2002, S. 299 ff.

Fastabend/Schneider: Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, Erich Schmidt Verlag Berlin 2004

Filler, Gert: Die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und die Wirtschaftlichkeitsprüfung, Fortbildungsheft 9 der KBV, Stand August 2004, www.kbv.de

Ders.: Die Neugestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung durch das GMG ab dem 01.01.2004, GesR 2004, S. 502 ff.

Gaus, Wilhelm: Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise des Kassenarztes. Statistische Betrachtungen, Springer Verlag Berlin Heidelberg 1988

Groß, Antje, in: Hk-SGG, vgl. *Binder/Bolay* u.a.

Hänlein, Andreas, in: *Kruse/Hänlein,* Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB V)

Harneit, Paul: Rechtsanwaltsgebühren und Kostenerstattung in Vertragsarztangelegenheiten, ZMGR 2005, S. 123 ff.

Herles/Quasdorf: Die gesetzliche Krankenversicherung, Fortbildungsheft 2 der KBV, Stand Oktober 2004, www.kbv.de

Hesral, Harald, in: *Ehlers* (Hrsg.), Wirtschaftlichkeitsprüfung
Ders., in: *Ehlers* (Hrsg.), Disziplinarrecht

Hess, Rainer, in: *Kasseler Kommentar* Sozialversicherungsrecht Bd. I

Ders.: Wirtschaftlichkeitsprüfung – Prüfgremien-Entscheidung in durch GMG vorgeschriebener Besetzung auch für Quartale bis Ende 2003, SGb 2005, S. 113 ff.

Ders.: Anm. zu BSG, Urt. v. 28.04.2004, SGb 2005, S. 113 ff.

Hk-SGG: Handkommentar Sozialgerichtsgesetz, vgl. unter *Binder/Bolay* u.a.

Höfler, Korbinian, in: *Kasseler Kommentar,* Sozialversicherungsrecht Bd. I

Jansen, Johannes (Hrsg.): Sozialgerichtsgesetz, Kommentar mit Schriftsatz- und Klagemustern für die Rechtspraxis, 1. Aufl., Haufe Verlag Freiburg 2003

Jörg, Michael, in: *Schnapp/Wigge*, Handbuch des Vertragsarztrechts, § 10: Der Umfang der vertragsärztlichen Versorgung

Kasseler Kommentar: Sozialversicherungsrecht (2 Bände), Verlag C.H. Beck München, Stand 01.03.2005

KBV: Die vertragsärztliche Versorgung im Überblick, Dienstauflage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Deutscher Ärzteverlag Köln 1999

Kern, Bernd-Rüdiger: Das Spannungsverhältnis von Haftungsrecht und Kassenarztrecht, MedR 2004, S. 300 ff.

Kiesecker, Regine, in: *Rieger,* Lexikon des Arztrechts: Schweigepflicht, Nr. 4740

Klar/Schulgen/Schulte-Möning: Wie können statistische Methoden der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung gerecht werden? MedR 1994, S. 349 ff.

Kluth, Winfried: Ärztliche Berufsfreiheit unter Wirtschaftlichkeitsvorbehalt? MedR 2005, S. 65 ff.

Krauskopf, Dieter: Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Kommentar, Verlag C.H. Beck München, Stand Januar 2005

Ders., in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts

Kruse, Jürgen, in: *Kruse/Hänlein,* Gesetzliche Krankenversicherung

Kruse/Hänlein: Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, (LPK-SGB V) 2. Aufl., Nomos Verlag Baden-Baden 2003

KZBV: Jahrbuch 2004. Statistische Basisdaten zur vertragzahnärztlichen Versorgung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2005

Laufs/Uhlenbruck: Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl., Verlag C.H. Beck München 2002

Liebold/Raff/Wissing: BEMA-Z, Der Kommentar, Band 1, Asgard-Verlag Sankt Augustin, Stand April 2005

Luckhaupt, Ralf: Vergleichsabschluss mit Kollegialorganen, GesR 2004, S. 464 ff.

Maaß, Rainald: Fragen der Proportionalität und des verfassungsrechtlichen Gleichheitssatzes bei Wirtschaftlichkeitsprüfung, Regress und Honorarverteilung in der vertragsärztlichen Praxis, NZS 2000, S. 109 ff.

Meyer-Ladewig, Jens: Sozialgerichtsgesetz, Kommentar, 7. Aufl., Verlag C.H. Beck München 2002

Muschallik, Thomas, in: *Schnapp/Wigge,* Handbuch des Vertragsarztrechts, § 20: Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung

Neumann, Volker, in: *Schnapp/Wigge,* Handbuch des Vertragsarztrechts, § 12: Das Verhältnis der Leistungsrechts zum Vertragsarztrecht

Oehler, Klaus: BEMA-Z und Wirtschaftlichkeitsprüfung, 1. Aufl., Deutscher Zahnärzte Verlag Köln 2004

Ders.: Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, 2. Aufl., Deutscher Zahnärzte Verlag Köln 2000

Orlowski, Ulrich: Ziele des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), MedR 2004, S. 202 ff.

Orlowski/Wasem: Gesundheitsreform 2004, GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), Economica Verlag Hüthig Heidelberg 2003

Peikert, Peter, in: *Schnapp/Wigge*, Handbuch des Vertragsarztrechts, § 18: Wirtschaftlichkeitsprüfung

Plagemann, Hermann (Hrsg.): Sozialrecht Münchener Anwaltshandbuch, 2. Aufl., Verlag C.H. Beck München 2005

Pollandt, Andreas: Plausibilitätsprüfung nach Zeitprofilen, ArztR 2005, S. 99 ff.

Quaas, Michael, in: *Quaas/Zuck*, Medizinrecht, Verlag C.H. Beck München 2005

Raddatz, Dieter: Die Wirtschaftlichkeit der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Versorgung in der Rechtsprechung – WKR –, Band I - IV, Asgard-Verlag Sankt Augustin, Stand April 2002

Reinhold, Andreas, in: *Ehlers* (Hrsg.), Wirtschaftlichkeitsprüfung

Ders., in: *Ehlers* (Hrsg.), Disziplinarrecht

Rieger, Hans-Jürgen: Lexikon des Arztrechts, 2 Bände, 2. Aufl., C.F. Müller Heidelberg, Stand Juli 2005

Ries/Schnieder/Großbölting: Zahnarztrecht. Praxishandbuch für Zahnmediziner, Springer Verlag Berlin Heidelberg 2002

Roller, Steffen, in: Hk-SGG, vgl. *Binder/Bolay* u.a.

Scheuffler/Greil, in: *Rieger*, Lexikon des Arztrechts: Einheitlicher Bewertungsmaßstab Zahnärzte, Nr. 1565

Schiller, Herbert, in: *Schnapp/Wigge*, Handbuch des Vertragsarztrechts, § 5 a: Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung – Aufgaben und Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigung

Schnapp, Friedrich: Privatversicherungsrechtliche Elemente in der gesetzlichen Krankenversicherung – Verfassungsrechtliche Bewertung, ZMGR 2005, S. 6 ff.

Schnapp/Wigge: Handbuch des Vertragsarztrechts. Das gesamte Kassenarztrecht, Verlag C.H. Beck München 2002

Seewald, Otfried, in: *Schnapp/Wigge*, Handbuch des Vertragsarztrechts, § 19: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

SGB V Handbuch: Sozialgesetzbuch V, Krankenversicherung mit Begründungen durch Änderungen durch das GMG, 12. Aufl., KKF Fachverlag für Sozialversicherung Altötting 2004

Sodan, Helge: Zur Verfassungsmäßigkeit der Ausgliederung von Leistungsbereichen aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Dargestellt am Beispiel der Versorgung mit Zahnersatz, NZS 2003, S. 393 ff.

Spellbrink, Wolfgang: Wirtschaftlichkeitsprüfung im Kassenarztrecht nach dem Gesundheitsstrukturgesetz, Luchterhand Verlag Neuwied 1994

Steege, Reinhard, in: *von Wulffen,* Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht: Die Konkretisierung des Krankenbehandlungsanspruchs im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 517 ff.

Steinhilper, Gernot, in: *Ehlers* (Hrsg.), Wirtschaftlichkeitsprüfung

Ders., in: *Ehlers* (Hrsg.), Disziplinarrecht

Ders.: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, MedR 2005, S. 131 ff.

Ders.: Die Plausibilitätsprüfung nach neuem Recht (§ 106 a SGB V), MedR 2004, S. 597 ff.

Ders.: Aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Klage im Vertragsarztrecht, MedR 2003, S. 433 ff.; MedR 2004, S. 253 ff.

Ders.: Die Kassenärztlichen Vereinigungen ab 01.01.2005 – Zu einigen Grundzügen der Organisationsänderungen nach dem GMG, GesR 2004, S. 374 ff.

Ders., in: *Rieger*, Lexikon des Arztrechts: Plausibilitätsprüfung, Nr. 4160

Ders., in: *Schnapp/Wigge*, Handbuch des Vertragsarztrechts, § 16: Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen durch die KV

Stelzl, Stefan: Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Parodontoseprüfung, MedR 1999, S. 173 ff.

Strachwitz-Helmstatt, Karin Gräfin von, in: *Ehlers* (Hrsg.), Wirtschaftlichkeitsprüfung

Tettinger, Peter: Die Auswirkungen des GMG auf das zahnärztliche Berufsrecht und die Selbstverwaltung, GesR 2004, S. 449 ff.

Tiemann, Burkhard: Privatversicherungsrechtliche Elemente in der gesetzlichen Krankenversicherung – dargestellt am Beispiel der Zahnregulierung, ZMGR 2005, S. 14 ff.

Wachendorf/Wachendorf: Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung auf Basis des § 135 SGB V, GesR 2003, S. 71 ff.

Weidhaas, Rüdiger: Der Kassenarzt zwischen Betrug und Untreue, ZMGR 2005, S. 52 ff.

Weiß, Wolfgang: Der Vertragsarzt zwischen Freiheit und Bindung, NZS 2005, S. 67 ff.

Wiesner, Siegfried, in: *von Wulffen*, SGB X Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz, Kommentar

Wigge, Peter, in: *Schnapp/Wigge,* Handbuch des Vertragsarztrechts, § 2: Die Rechtsstellung der Vertragsarztes

Wulffen, Matthias von: SGB X Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz, Kommentar, 5. Aufl., Verlag C.H. Beck München 2005

Ders. (Hrsg.): Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, Heymann Verlag München 2004

Ziegner, Catharina von: Standardbeschränkungen in der zahnärztlichen Behandlung durch das Wirtschaftlichkeitsgebot? VSSR 2003, S. 191 ff.

Zuck, Rüdiger, in: *Quaas/Zuck*, Medizinrecht, Verlag C.H. Beck München 2005

Ders.: Der Standort der besonderen Therapierichtungen im Deutschen Gesundheitswesen, NJW 1991, S. 2933 ff.

15 Stichwortverzeichnis